



# Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento



UNIDADE TEMÁTICA 4: Participação e Envolvimento Comunitário	
Introdução	
<p><b>Objectivos</b></p> 	<p><b>No fim desta UT pretende-se que os/as formandos/as sejam capazes de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer e diferenciar conceitos de comunidade, sociedade, envolvimento comunitário (EC), participação comunitária em saúde (PC) e mobilização social.</li> <li>- Descrever a importância do envolvimento comunitário na promoção da saúde.</li> <li>- Enumerar as etapas de mobilização social.</li> <li>- Conhecer as relações entre promoção da saúde e a mobilização social e envolvimento comunitário.</li> <li>- Enumerar as acções e os principais canais de mobilização comunitária.</li> <li>- Reflectir sobre a implementação e os constrangimentos no processo de Envolvimento Comunitário em Moçambique e analisar os possíveis caminhos para a sua revitalização como estratégia de CSP.</li> </ul>
	<p><b>Palavras-chave:</b> Comunidade, participação, envolvimento comunitário e mobilização comunitária.</p>
<p><b>Conteúdos</b></p>	<p><i>Introdução ao estudo sobre Participação e</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualização dos conceitos de comunidade: Conceitos de Comunidade; Dimensões da comunidade; Elementos de força da comunidade.</li> <li>- Participação Comunitária: Dimensão participativa da saúde comunitária.</li> </ul>



	<p><b>envolvimento comunitário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociedade e desenvolvimento local.</li> <li>- Envolvimento Comunitário: Objectivos, princípios e métodos do envolvimento comunitário; Princípios de Envolvimento Comunitários segundo a OMS; Métodos de envolvimento da comunidade; Factores que facilitam ou dificultam o Envolvimento Comunitário para a Saúde.</li> <li>- Relações entre Promoção da Saúde, Cuidados Primários de Saúde e Participação/ Envolvimento Comunitário: Desafios no Envolvimento Comunitário.</li> </ul>
	<p><b>Mobilização Comunitária</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos de Mobilização Comunitária e a sua importância.</li> <li>- Características de um Facilitador da mobilização comunitária.</li> <li>- Etapas da mobilização comunitária: Principais Passos e princípios: Os Cinco Canais ligados à Mobilização da Comunidade.</li> </ul>
	<p><b>Envolvimento Comunitário em Moçambique.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolução histórica do Envolvimento Comunitário em Moçambique.</li> <li>- Estratégia de Envolvimento Comunitário:</li> <li>- Objectivos da Estratégia de Envolvimento Comunitário para a Saúde em Moçambique.</li> <li>- Actores intervenientes no processo de envolvimento comunitário para a saúde.</li> <li>- Desafios na implementação da Participação e Envolvimento Comunitário.</li> </ul>
<p>Actividades</p>	<p><b>DEFINIR ACTIVIDADE</b></p>	
<p>Metodologia de Avaliação</p>	<p><b>Avaliação quantitativa:</b> Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p><b>Avaliação qualitativa:</b> Participação no fórum de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
<p>Bibliografia / Webgrafia / Vídeos</p>		

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

<b>APE</b>	Agente Polivalente Elementar
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>EpS</b>	Educação para a Saúde
<b>GFF</b>	Facilidade Global de Financiamento
<b>IESE</b>	Instituto de Estudos Sociais e Económicos
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde de Moçambique
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONGS</b>	Organizações Não Governamentais
<b>PdS</b>	Promoção da Saúde
<b>PESS</b>	Plano Estratégico do Sector da Saúde
<b>PT</b>	Parteiras Tradicionais
<b>RMNCH</b>	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>TARV</b>	Tratamento Anti-retroviral

## **INTRODUÇÃO.**

Ao iniciar este sub-módulo assume-se como referência a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (PdS) realizada em Ottawa no Canadá, em 1986, na qual a PdS foi amplamente discutida e, por consenso, definida como “um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo”. Foi nesta Conferência que foram indicadas as cinco áreas de acção das quais se destaca: a necessidade de “reforçar a acção comunitária” (1).

Por outro lado, Doniak (2) indica que actualmente, devido a quantidade de problemas e anseios da sociedade, tornou-se inviável que o poder público se responsabilize por tudo.

Nesse âmbito, uma das alternativas encontradas é o envolvimento da comunidade/sociedade no processo de desenvolvimento local e regional, razão pela qual é necessário desenvolver mecanismos de participação comunitária.

É neste contexto que a presente unidade temática irá se articular, descrevendo conceitos e como é apoiado ou reforçado o empoderamento das comunidades com vista a participar de forma activa na melhoria da sua qualidade de vida e saúde conforme o plasmado na declaração de Alma Ata – 1978 “É direito e dever dos povos participar individual colectivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde” (3).

Antes de definir os principais conceitos dos três sub-temas que constituem a Unidade Temática, vamos tentar compreender o significado das palavras. “Comunidade, envolvimento, participação e mobilização”, o que permitirá uma melhor compreensão dos conceitos em discussão.

O último sub-tema trás considerações sobre a implementação e desafios do envolvimento comunitário nas políticas do sistema de saúde de Moçambique.

## 2. DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

A seguir, são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos sub-temas.

### 2.1. INTRODUÇÃO AO ESTUDO SOBRE PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

#### 2.1.1. Contextualização dos conceitos comunidade, participação e envolvimento comunitário.

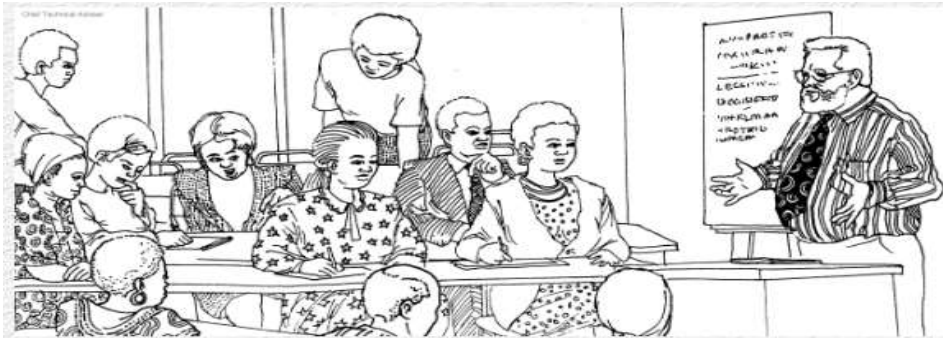
O termo comunidade, segundo Rodrigues (4), deriva do latim «*communitas*», que significa **bem comum**.

Como conceito, segundo o Instituto de Estudos Sociais Económicos IESE (5), comunidade apresenta, duas visões principais, a primeira ficou caracterizada por uma visão saudosista e essencialista, relaciona “comunidade” a algo de bom em si e que é necessário manter, pois a palavra comunidade sugere uma unidade consensual, homogénea, evoca sensações de solidariedade, cooperação e a partilha de necessidades e interesses ou vida em comum. A segunda vertente considerada a mais recente, vê a comunidade sob uma perspectiva mais dinâmica e sujeita a mudanças.

A definição clássica do conceito de comunidade é reconhecida pelo sociólogo Alemão Ferdinand Tönnies, que apresenta uma definição de comunidade em oposição ao conceito de **sociedade**. Para este sociólogo, a existência de processos comunitários estariam ligadas, em primeiro lugar, aos laços sanguíneos; em segundo lugar, à aproximação espacial e, em terceiro lugar, à aproximação espiritual, e ainda relaciona a comunidade a uma vontade comum, à compreensão, ao direito natural, à língua e à concórdia: considera que, “onde quer que os seres humanos estejam ligados de forma orgânica pela vontade e se afirmarem reciprocamente, encontra-se alguma espécie de comunidade”, em outras palavras, segundo este autor, a vida em comunidade baseia-se em relações sociais (6).

No campo das Ciências Sociais e da Saúde Pública, segundo o IESE (5), a comunidade refere-se “a pessoas que partilham o mesmo problema, área geográfica, e outras características populacionais como por exemplo a cultura ou a idade, entre outras”.

Esta compreensão do conceito é discutida por alguns autores, sendo o mais destacado Bartle, P(7) professor de Sociologia e Conselheiro-Chefe Técnico do Programa de Gestão de Comunidades de Uganda, no período de 1994-1998.



Bartle, P. Material de formação sobre como fortalecer comunidades. O que é comunidade? Uma perspectiva sociológica. Disponível em: <https://cec.vcn.bc.ca//mpfc/modules/com>

Bartle, (7) na sua abordagem sobre o conceito da comunidade, começa por afirmar que a comunidade não pode ser “rotulada”, isto é, que não pode ser vista como uma única vertente, ou algo fechado, como acontece em alguns dos aspectos abordados nas ciências sociais. É neste âmbito que o autor apresenta várias abordagens da definição de Comunidade.

### **Quadro 1. Algumas características da Comunidade segundo Bartle**

#### **1º A natureza das Comunidades:**

**Segundo Bartle, uma "comunidade" é uma construção mental, um modelo.**

- ✓ Não podemos observar uma comunidade inteira;
- ✓ Não a podemos tocar; e
- ✓ Não podemos experimentá-la directamente.

**Tal como as palavras "monte" ou "flocos de neve", uma comunidade pode adquirir várias formas, tamanhos, cores e localizações distintas, não existem duas iguais.**

Assim, na abordagem deste autor, “uma comunidade não se resume nas pessoas que a constituem”. Sustenta esta afirmação da seguinte forma: “de um modo geral, uma comunidade, já existia antes dos seus actuais membros terem sequer nascido, e provavelmente continuará a existir mesmo depois dos seus actuais membros terem desaparecido.” Uma comunidade é algo que transcende cada um dos seus componentes, os residentes actuais ou os próprios membros da comunidade, podem incluir membros que se mudaram temporariamente para outros locais. Eles podem planear um eventual regresso, mas nem todos o fazem. Conclui afirmando que, “em determinados casos, uma "comunidade" pode nem sequer possuir um lugar físico, mas ser simplesmente demarcada por um grupo de pessoas que partilham um interesse comum”.

Para o autor, uma "comunidade" a qual um mobilizador dedica a sua atenção, geralmente pertence à categoria de comunidades com um lugar físico definido.

*Por outra parte, um mobilizador, animador ou activista é alguém que tenta mover (activar, animar) uma comunidade.*

### **2º Uma Comunidade é uma Construção Sociológica:**

Bartle caracteriza a comunidade como uma "Construção Sociológica, quer dizer "como um conjunto de interacções, comportamentos humanos com significado e expectativas entre os seus membros". Não se trata apenas de uma acção isolada, mas de um conjunto de acções que têm como base a partilha de expectativas, valores, crenças e significados entre os indivíduos. Para compreender o modo como uma comunidade actua e muda, torna-se necessário ter conhecimentos de ciências sociais.

*Nesta perspectiva, um mobilizador é como um cientista aplicado; um cientista social. Enquanto um cientista puro está interessado no modo de funcionamento de algo em concreto, o cientista aplicado está interessado em possuir esse conhecimento e aplicá-lo para obter resultados úteis.*

### **3º Uma Comunidade possui Fronteiras pouco concretas:**

Nesta abordagem o autor clarifica ou exemplifica o porquê a comunidade não pode ser "rotulada".

Quando a comunidade identificada é uma pequena aldeia, separada de outras aldeias por uma distância de poucos quilómetros, numa área rural, as suas fronteiras parecem ser muito simples, quando se faz uma análise inicial. Pode considerar-se o padrão de interacções humanas apenas como relações entre os habitantes dessa localidade, nessa aldeia. Mas os seus habitantes também interagem com pessoas fora da aldeia. Casam-se com pessoas de localidades vizinhas ou distantes, e podem mudar-se de local ou, por outro lado, o cônjuge pode começar a residir nessa aldeia. A determinada altura, os habitantes da aldeia terão irmãos, irmãos, primos, pais ou familiares por afinidade que vivem noutros locais. A fronteira dessa comunidade não é bem delimitada.

### **4º As Comunidades podem estar Inseridas noutras Comunidades:**

Podem existir comunidades dentro de comunidades mais vastas, incluindo distritos, regiões, grupos étnicos, nações e outras fronteiras. Pode haver matrimónios ou qualquer outro tipo de interacção que estabelece uma ligação entre os dois lados das fronteiras nacionais.

### **5º As Comunidades podem mover-se:**

Adicionalmente, quando à tecnologia não se baseia na horticultura local, (arte de cultivar horta) os habitantes da comunidade podem ser fisicamente móveis. Podem ser pastores

nómadas que percorrem longas distâncias com o seu gado. Podem ser grupos móveis de pescadores que se deslocam frequentemente de acordo com a disponibilidade do peixe. Podem ser caçadores que se movem para seguir os animais de caça, (esta movimentação explica-se pela busca de sobrevivência).

### **6º As comunidades urbanas são especiais:**

Nas áreas urbanas, uma comunidade pode ser um pequeno grupo de propriedades pertencentes a pessoas com uma origem comum. Essa comunidade, por seu lado, pode fazer parte de uma comunidade da vizinhança ou de um bairro ou de qualquer outro tipo de divisão urbana local.

Bartle, P. Material de formação sobre como fortalecer comunidades. O que é comunidade? Uma perspectiva sociológica. Disponível em: <https://cec.vcn.bc.ca//mpfc/modules/com>

Bartle (7) salienta que à medida que as fronteiras das comunidades se alargam, se observará ou implicará mais heterogeneidade (diferenças de origem, língua, religião ou outras características que possam definir uma identidade comum). Por outro lado, também podem fazer parte de um município mais abrangente, que por sua vez faz parte da conglomeração que inclui toda a cidade. Finalmente, o autor considera, que em geral (salvo algumas exceções), uma comunidade urbana tem mais fronteiras pouco definidas, é mais difícil de demarcar, mais heterogénea (variada, mista), mais complexa e mais difícil de organizar usando os métodos tradicionais de desenvolvimento de comunidades, e possui objectivos mais complexos e sofisticados do que as comunidades rurais.

No mesmo contexto da definição do conceito da comunidade, Lobo (8) indica que, segundo a definição da OMS em 1974, “uma comunidade é um grupo social determinado por limites geográficos e ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais”.

No quadro legal Moçambicano, o Boletim da República, I Série, nº 27, de 12 de Julho de 1999. Lei nº 10/99 (9), de 7 de Julho, indica que a Comunidade é entendida como o “agrupamento de famílias e indivíduos, vivendo numa circunscrição territorial de nível de localidade ou inferior, que visa a salvaguarda de interesses comuns através da protecção de áreas habitacionais, áreas agrícolas, sejam cultivadas ou em pousio, florestas, sítios de importância cultural, pastagens, fontes de água, áreas de caça e de expansão” (9).

Enquanto o Ministério da Saúde (MISAU) (10), define o termo comunidade da seguinte forma: “um conjunto de pessoas que vivem numa área geográfica limitada, de forma organizada e coesa, mantendo vínculos sociais entre elas, partilham as mesmas dificuldades e benefícios.” Podem ser exemplos de comunidades: pessoas que vivem numa mesma aldeia ou localidade, um grupo de trabalhadores numa fábrica ou de estudantes



numa escola, uma vez que a definição de comunidade não se restringe apenas em função do espaço comum, mas também de interesses comuns partilhados pelos seus membros conforme as definições acima descritas.

#### 2.1.1.1. Dimensões da comunidade

Uma “dimensão”, segundo Bartles (7), trata de categorias analíticas estabelecidas por humanos, e que não são baseadas em partes observáveis (tais como as partes de um corpo humano, como por exemplo cabeça, braços, pernas). Uma comunidade está constituída por partes diferentes, aplicáveis a organizações sociais e cultura e não necessariamente a seres humanos individuais. Enfatiza o autor que, uma maneira importante de analisar uma comunidade consiste em analisá-la nas suas diversas facetas, ou seja, usar as suas seis dimensões culturais pois, independentemente do seu tamanho ou dos diferentes modos como se pode decompor cada uma das partes da cultura, a comunidade será sempre constituída por cada uma das suas seis dimensões assim categorizadas: **Dimensão Tecnológica, Económica, Política, Institucional (social), Valores Estéticos e Crenças e Conceitos.**

Cada uma destas dimensões de cultura é transmitida através de símbolos (e não de genes) e consistem em sistemas de ideias e comportamentos adquiridos. As dimensões culturais variam em tamanho, mas, por definição, fazem parte do conjunto total.

No quadro seguinte apresentam-se o resumo das seis dimensões da comunidade identificadas por Bartle.

#### **Quadro 2. Dimensões da Comunidade segundo Bartle**

- ✓ **Dimensão Tecnológica da Comunidade:** “é o seu capital, as suas ferramentas e competências, e os modos de lidar com o ambiente físico. É a relação entre humanidade e natureza”. É constituída por ferramentas físicas, ideias e comportamentos adquiridos que permitem aos humanos inventar, usar e ensinar outros sobre essas ferramentas. A tecnologia é cultural. Numa comunidade, a tecnologia comum inclui infraestruturas, como por exemplo quando um facilitador encoraja uma comunidade a construir uma latrina ou um poço, uma nova tecnologia é introduzida. As evidências mostram que as mudanças tecnológicas não são facilmente previsíveis, nem sempre conduzem na direção pretendida. Uma tecnologia nem sempre é imediatamente substituída por outra.
- ✓ **Dimensão Económico da comunidade:** “consiste nas diferentes formas e meios de produção e distribuição de bens e serviços (riqueza) que são escassos e úteis, quer seja através de oferendas, obrigações, trocas, mercado ou benefícios estatais”.
- ✓ **A Dimensão Política da Comunidade:** “consiste nos seus diferentes modos e meios de distribuição de poder, influência e tomada de decisões. Não é o mesmo que

ideologia, a qual pertence à dimensão dos valores. Inclui os diferentes tipos de governos e sistemas de gestão, mas não está limitada a eles. Também inclui o modo como as pessoas em grupos reduzidos ou informais tomam decisões quando não possuem um líder reconhecido”.

- ✓ **A dimensão social ou institucional da comunidade:** é constituída pelos diferentes modos como as pessoas agem, interagem, reagem e como esperam que os outros ajam e interajam. Inclui determinadas instituições como o casamento ou amizade, papéis como o de mãe ou polícia, estatuto ou classe, e outros padrões de comportamento humano.
- ✓ **A dimensão de valores estéticos da comunidade:** consiste numa estrutura de ideias, por vezes paradoxais, inconsistentes, ou contraditórias, que as pessoas possuem acerca dos conceitos de bom e mau, bonito e feio, certo ou errado, e que são as justificações que as pessoas apresentam para explicar as suas acções.
- ✓ **A dimensão crenças e conceitos da comunidade** é outra estrutura de ideias, por vezes também contraditórias, que as pessoas possuem acerca da natureza do universo, do mundo que as rodeia, o seu papel a desempenhar, causas e efeitos, a natureza do tempo, matéria e comportamentos.

#### 2.1.1.2. Elementos de força da comunidade

Seguidamente são descritos os dezasseis elementos considerados de força da comunidade, cuja mudança torna esta mais forte (13):

- **Altruísmo:** Proporção ou grau em que os indivíduos estão dispostos a sacrificar os seus próprios benefícios a favor do conjunto da organização (reflete-se pelo grau de generosidade, humildade individual, orgulho comunal, apoio mútuo, lealdade, preocupação, camaradagem e irmandade).
- **Valores Comuns:** Grau com que os membros da organização compartilham valores, em especial a ideia de que pertencem a uma entidade comum e que supera o interesse dos seus membros.
- **Serviços Comuns:** Facilidades e Serviços (ruas, mercados, água potável, acesso à educação, serviços de saúde), a sua manutenção (rigor da sua manutenção e reparação), sustentabilidade e o grau com que os membros da organização têm acesso a eles.
- **Comunicações:** Dentro e fora da organização. A comunicação inclui ruas, meios electrónicos (telefone, rádio, televisão, internet), meios impressos (periódicos, revistas, livros), redes, entendimento mútuo da língua, conhecimento, o desejo e capacidade de comunicar (que implica tacto, diplomacia, desejo de comunicar para além de falar) em geral.

- **Confiança:** Expressa de forma individual quanta confiança existe na organização como um todo, por exemplo: decidir a segurança com que a organização pode conseguir o que quer fazer. Exemplo: atitudes otimistas, boa disposição, auto-motivação, entusiasmo, optimismo, atitudes autónomas do que de dependência, desejo de lutar para os seus direitos, falta de apatia, fatalismo, e visão das possibilidades.
- **Contexto** (político administrativo): um ambiente de suporte ao fortalecimento, que inclui aspectos políticos (valores e atitudes dos líderes nacionais, leis e legislação) e elementos administrativos (atitudes dos funcionários, técnicos, assim como regulamentos e procedimentos governamentais) e o ambiente legal.
- **Informação:** Habilidade de processar e analisar informação, o nível de sensibilização, conhecimento, sabedoria dos indivíduos dentro do conjunto do grupo. Quando a informação é mais efectiva, e mais útil, não apenas em volume ou quantidade.
- **Intervenção:** para identificar a intervenção pode-se realizar as seguintes perguntas: Qual é o grau e efectividade da animação (mobilização, gestão da formação, consciencialização e estimulação) direccionada para o fortalecimento da comunidade? As fontes externas e internas de caridade aumentam o nível de dependência e fraqueza da comunidade, ou criam um desafio para que a comunidade interaja, portanto, tornar-se forte? A intervenção é sustentável ou depende de doadores que podem ter agendas e metas diferentes das da própria organização?
- **Liderança:** para identificar a liderança se pode realizar a seguinte pergunta: os líderes têm poder e habilidade de mobilizar a organização? Quanto mais efectiva for a liderança, mais forte é a organização. A liderança mais efectiva e sustentável (organização e não somente os seus líderes) é a que opera seguindo as decisões e desejos do conjunto da organização para desempenhar o papel mediador e possibilitador. Os líderes devem ter habilidades, vontade e certo carisma.
- **Redes:** Não somente “o que sabe” (*know how*), mas também, “a quem conhece” (*know who*), pode ser uma fonte de força. Não se pode encontrar o trabalho somente com o conhecimento de como, o mais importante ainda é o conhecimento de quem. Algumas das perguntas relativas as redes podem ser: Até que ponto os membros da organização, especialmente os seus líderes, conhecem pessoas (suas agências/organizações) que podem procurar recursos úteis que possam fortalecer a organização?
- **Organização:** O grau em que diferentes membros da organização vêm em si mesmo como tendo um papel preponderante de apoio ao conjunto (a diferença de um

simples conjunto de indivíduos separados, incluindo (em sentido sociológico) a integridade organizativa, estrutura, procedimentos, processo de tomada de decisão, efectividade, divisão de tarefas e complementaridade de papéis e funções.

- **Poder Político:** O grau com que a organização pode participar na tomada de decisões a nível local e nacional, de igual modo que os indivíduos dentro da comunidade têm diferentes níveis de poder, assim, as comunidades têm níveis de poder e influenciam variáveis tanto a nível local como nacional.
- **Habilidades:** Habilidades demonstradas por cada indivíduo que contribuam para a organização da comunidade, a sua capacidade de fazer andar o que pretende, habilidades técnicas, habilidade de gestão, organização e mobilização.
- **Credibilidade:** O grau em que membros da organização creem (confiam) entre eles e especialmente nos seus líderes e servidores da comunidade, o que por sua vez, reflete o grau de integridade (honestidade, fiabilidade, abertura, transparência, credibilidade) dentro da comunidade.
- **Unidade:** O sentimento compartilhado de pertencerem a uma entidade (decidir o grupo que compõe a comunidade), embora cada comunidade tenha divisões ou cismas (religiosos, classe, *status*, ingresso, idade, sexo etnia e clã), o grau em que os membros da comunidade estão dispostos a tolerar as diferenças e variações entre eles, e o desejo de cooperar, trabalhar juntos, o sentido de visão de um propósito comum ou visão, valores compartilhados.
- **Riqueza:** O grau em que o conjunto da comunidade como um todo (ao contrário das diferenças dos indivíduos dentro dela) tem controlo do potencial de recursos e da produção e distribuição de bens úteis e serviços monetários e não monetários (entre outros, trabalho, terra equipamento, fornecimentos, conhecimento e habilidades).

### 2.1.2. Participação Comunitária

O termo participação, como o de comunidade, é objecto de várias interpretações. Segundo o IESE (5), a diferença mais importante entre os distintos autores é aquela que identifica a participação **como um meio e aqueles que a identificam como um fim**. A diferença entre estas duas considerações reside em que quando é classificada como um fim, o objectivo não é algo fixo e quantificável. É de facto um processo cujo resultado é uma crescente participação no processo de desenvolvimento. O IESE frisa o seguinte, “não é a sua classificação que é mais significativa, mas, importa a identificação do processo através do qual participação como um meio revela a capacidade de se desenvolver em participação como um fim.”

O conceito de participação comunitária no contexto da saúde foi objecto de estudo durante várias décadas e veio a ser reforçado com a declaração de Alma Ata. Rice, (14) refere que em 1977, durante a IV Reunião dos Ministros das Américas, discutiu-se exaustivamente o conceito de participação comunitária, entendida como um instrumento capaz de ampliar a capacidade dos serviços de saúde. A mesma reunião considerou que a participação comunitária poderia levar ao desenvolvimento de habilidades e à transformação de pessoas em função de suas próprias necessidades, através de diálogo permanente e contínuo entre o pessoal da saúde e a comunidade, esperando-se que pudessem assim ter mais responsabilidade e zelo em relação com a própria saúde. No mesmo encontro, “participação “atribuiu-se as seguintes características: **A participação deve ser activa, consciente, responsável, deliberada, organizada e contínua.** O IESE (5) identifica três condições básicas para ampliar a participação comunitária nos programas de saúde:

- **Políticas de saúde favoráveis à participação** popular nos programas de saúde, com instrumentos e mecanismos, incluindo a participação comunitária na implementação de várias fases; legislação, apoiando a participação comunitária e as condições para que a comunidade possa ter acesso adequado aos recursos humanos, materiais e financeiros;
- **Coordenação intersectorial** (sector formal e sector informal) com os grupos comunitários a fim de que possam identificar as suas necessidades, problemas e soluções;
- **Fortalecimento do relacionamento** entre o sistema formal de saúde e a comunidade, fundamentado no diálogo franco e na troca de informações, assim como na descrição transparente de determinada situação, tal como percebida por ambos sectores.

Por sua vez, Da Silva, (15) refere que nas últimas décadas o discurso sobre saúde deu maior ênfase às noções de **educação, promoção e participação**, numa clara evidência da necessidade de aproximar a vida quotidiana das pessoas às instituições sociais de saúde, com vista a melhorar o nível de saúde das populações. Nesta perspectiva, segundo a autora, o papel central da comunidade no desenvolvimento da saúde foi enunciado, como já explicado, em 1978 na Conferência de Alma-Ata, que realçou a relação da associação entre as desigualdades em saúde e as desigualdades socioeconómicas. A mesma Conferência destaca a necessidade de participação dos membros das comunidades no delineamento das acções e na tomada de decisões sobre os serviços de saúde (16).

A educação para a saúde (EpS), segundo a OMS (17), visa fornecer informação que influencia a tomada de decisão sobre a saúde, enquanto que a PdS pretende trabalhar as acções sociais e políticas necessárias, por exemplo: a legislação, os movimentos sociais, entre outros.

Os princípios da **PdS** foram desenvolvidos pela Conferência de Ottawa (OMS, 1986), que definiu com clareza os vários níveis ou estratégias de acção da PdS: **estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da acção comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde** (16).

### **Quadro 3. Significado das acções de PdS: Reforço da acção comunitária**

- A promoção da saúde trabalha através de acções comunitárias concretas e efectivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde.
- O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades, a posse e o controlo dos seus próprios esforços e destino.
- O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direcção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizagem para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

Fonte: Hartmann, C. História da promoção da saúde e a Carta de Ottawa descrita na integra. Disponível em: <https://www.unilogos.org/revista/wp> (16)

A participação comunitária no desenvolvimento de cuidados de saúde, segundo Lobo (8), corresponde à criação de oportunidades que permitem a todos os membros da comunidade, e a sociedade em geral, contribuir activamente, influenciar os processos de desenvolvimento e partilhar equitativamente os benefícios desse desenvolvimento. A mesma autora considera que o próprio conceito de participação enfatiza que deve ser dada voz às pessoas nos processos de desenvolvimento e de tomada de decisão, no acesso aos recursos e ao conhecimento proveniente desse processo de desenvolvimento, assim como aos benefícios por ele alcançados (8).

Por sua vez, Da Silva (15) considera a participação como método para alcançar os objectivos almejados. Dirige-se ao empoderamento das populações, entendido como reforço do exercício da autonomia pelo auto-controlo da própria saúde e do exercício da cidadania pela intervenção colectiva na definição de prioridades da micropolítica (OMS, 1986). Por outras palavras, **o objectivo da participação comunitária é conceder a todos os membros de uma comunidade a oportunidade de, em igualdade de circunstâncias e num ambiente democrático, ter uma voz activa e tomar parte na tomada de decisão que afectam essa comunidade e a sua qualidade de vida** (18).

### 2.1.2.1 Dimensão participativa da saúde comunitária

Da Silva (15) explica a dimensão participativa da saúde comunitária “como um processo de empoderamento, a participação em saúde deixa de reflectir prioritariamente as preocupações dos profissionais, passa a integrar o pensamento leigo sobre as questões da saúde. Participação em saúde é assim representada como partilha do poder num processo que considera a dinamização da capacidade organizativa da comunidade para intervir de forma consciente e responsável” (15).

O empoderamento da população é resultado desse processo que, segundo a autora, não só promove a democratização do conhecimento para além dos grupos e instituições especialistas onde se acolhe, mas também nos especialistas a capacidade de escuta e consideração pelo conhecimento leigo, num processo de “alimentação” da reflexividade mútua que devolve aos agentes, especialistas e leigos, o sentimento de confiança, o desejo e a capacidade de intervir na política (15).

Os processos de participação comunitária incluem a fase de **planeamento, implementação e avaliação**.

Os mesmos processos podem produzir várias consequências positivas, a curto e longo prazo, a nível individual, organizacional e comunitário.

- **A nível individual:** é vista em duas vertentes: por um lado, a relativa, a aumentar as capacidades e aptidões individuais de cada um dos cidadãos envolvidos no processo, assim como a sua auto-estima, a disponibilidade para cooperar e o sentimento de pertença à comunidade em geral. Por outro lado, aumentar as capacidades profissionais e o saber fazer dos técnicos, especialistas, líderes e decisores-chave envolvidos, conferindo-lhes uma melhor compreensão da comunidade.
- **A nível Organizacional:** implica aumentar a capacidade de atrair indivíduos e recursos necessários para implementar os processos, assim como aumentar a informação disponível para tomar decisões e finalmente reduzir os conflitos que as vezes prejudicam o desenvolvimento dos processos.
- **A nível Comunitário:** visa fortalecer o sentimento de comunidade e de pertença, reduzir os conflitos internos e promover a cooperação, obter resultados mais adequados às especificidades da comunidade e garantir o apoio, generalizado e a longo prazo, aos processos de transformação e consequentemente promover a sustentabilidade e independência dos resultados para além do período de funcionamento das intervenções.

**Resumindo, o conceito de participação comunitária, segundo Lobo, é um processo que promove o «empoderamento» (empowerment) dos indivíduos envolvidos, bem como o aumento dos níveis de cooperação e de controlo por parte dos membros da comunidade sem os hierarquizar (8).**

A OMS (14) optou por utilizar o termo "envolvimento comunitário" em vez de o de participação comunitária por reconhecer que não basta apenas contar com a participação passiva da comunidade. É preciso criar mecanismos que garantam o envolvimento activo dos indivíduos, tornando-os responsáveis pelas suas próprias decisões e capazes de desenvolver actividades conjuntas com os profissionais da saúde.

### **2.1.3. Sociedade e desenvolvimento local**

Nisbet, historiador das teorias sociais citado pelo Thaimo (11), considera que para definir **uma comunidade** é necessário que cada integrante faça parte de uma história compartilhada ou em comum, viver numa certa área geográfica, ter a mesma cultura, um modo de vida comum, em função das necessidades e o grupo de pessoas é consciente que deve actuar de forma colectiva em busca de um objectivo ou de uma meta comum. Salienta ainda o autor, que nas comunidades, as normas de convivência e de conduta dos seus membros estão interligadas com a tradição, religião, consenso e respeito mútuo.

Por sua vez, nas sociedades não há o estabelecimento de relações pessoais, não há muita preocupação com outras pessoas, aspecto diferente do que acontece na comunidade, o que leva à necessidade da existência de leis e normas para regular as condutas das pessoas que vivem em sociedade, sendo o Estado o órgão regulador e de tomada de decisão em relação ao conjunto social (11).

Na contextualização do termo comunidade, evidencia-se também a importância do seu envolvimento no processo de desenvolvimento comunitário/local, entendido, segundo Nisbet, como “aquela resultante da acção articulada entre diversos actores existentes numa determinada região, como por exemplo: agentes sociais, culturais, políticos e económicos, públicos ou privados, na construção de um projecto estratégico que orienta as suas acções a longo prazo” (11).

Quanto ao conceito de desenvolvimento local, Furtado, citado por Doniak (2) entende que “o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam”. Este autor considera que para entender o desenvolvimento local é importante considerar o conceito de capital humano e o de capital social. Descreve o capital humano como “aquele que se apoia no valor dos recursos humanos, nas suas atitudes, história, habilidades, educação, capacitação e uso do conhecimento, saúde, bem-estar, entre outras qualidades”. Por sua vez, o capital social relaciona-se com o conjunto de organizações que articulam e canalizam o trabalho humano e dão sentido às relações de reciprocidade, cooperação e intercâmbio, no espaço ou território considerado (2).



O conceito “**local**”, segundo Peruzzo (6), é entendido como “um espaço restrito, bem delimitado, no interior do qual se desenrola a vida de um grupo ou de um conjunto de pessoas, muitas vezes, vago”. O local possui um contorno preciso, a ponto de se tornar baliza territorial para características próprias, que evoca sentimentos de familiaridade e vizinhança, congrega identidade e história. O mesmo autor indica que os contornos de um local são transitórios, suscetíveis á mudanças dos hábitos quotidianos.

Para que o desenvolvimento local ocorra com sucesso são necessários mecanismos que facilitam ou maximizam a participação da comunidade, entre os quais destacam-se a sensibilização da comunidade, no que se refere à importância da sua participação no desenvolvimento local (2).

A sensibilização, segundo Furtado (12), está relacionada com as acções de comunicação. É por meio da comunicação que será possível sensibilizar o público-alvo, o que contribuirá para o bom sucesso das acções propostas (12).

Outro aspecto relacionado com a comunidade é a participação e o envolvimento comunitário, um dos princípios essenciais dos CSP definidos na Declaração de Alma Ata (1978). Na primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde (3), os países reconheceram o direito e a responsabilidade que os indivíduos têm de planear e implementar os seus próprios serviços de atendimento. Os participantes afirmaram que a educação sobre os problemas de saúde, assim como as condições para prevenir ou controlar os mesmos problemas, deveria constituir o primeiro dos oito elementos essenciais da estratégia da assistência primária de saúde.

A seguir se desenvolvem alguns aspectos relacionados com a participação e o envolvimento comunitário.

#### **2.1.4. Envolvimento Comunitário**



Fonte: Bartle, P. Material de formação sobre como fortalecer comunidades. O que é comunidade? Uma perspectiva sociológica. Disponível em: <https://cec.vcn.bc.ca//mpfc/modules/com>

Thaimo (11) entende o envolvimento comunitário em saúde como “a participação activa de pessoas de todos os estratos (homens, mulheres, jovens, crianças e velhos), que vivem juntas, de forma organizada e coesa, e participam na planificação e implementação dos CSP, usando recursos locais, nacionais ou outros”.

Lobo (8) acrescenta a definição anterior, que neste processo de envolvimento comunitário para a saúde os indivíduos assumem a responsabilidade, tanto pela sua saúde e bem-estar, como pela saúde e bem-estar da comunidade. A mesma autora destaca que o conceito do envolvimento comunitário surgiu como resultado da preocupação para encorajar a participação local das pessoas em todos os aspectos do desenvolvimento. Uma participação activa torna as pessoas responsáveis pelas suas próprias decisões e capazes de desenvolver actividades conjuntas com os profissionais da saúde, enquanto numa participação passiva a decisão é unilateral, isto é, não há diálogo ou qualquer tipo de consulta, as pessoas são informadas do que vai acontecer ou sobre o que já aconteceu (2).

Para o MISAU, envolvimento comunitário em saúde significa trabalhar activamente com as comunidades para que estejam organizadas e capacitadas para identificar os seus problemas de saúde, definir acções que conduzam à promoção da sua saúde e a prevenção de doenças” (19).

A OMS (17), por sua vez, considera que o engajamento comunitário é fundamental em qualquer intervenção de saúde pública. Assim sendo, o envolvimento da comunidade consiste “na compreensão, pelos afectados, dos riscos que enfrentam e no seu envolvimento em acções e respostas que sejam aceitáveis. A mesma OMS aponta três razões para o envolver a comunidade em acções de saúde pública:

- Todos têm o direito de conhecer os riscos para a sua própria saúde e bem-estar;
- A informação culturalmente apropriada pode ajudar a tomar decisões informadas para reduzir riscos para a saúde;
- As acções tomadas por pessoas, famílias e comunidades afectadas por um problema de saúde são fundamentais para o controlo da ameaça/problema de saúde.

#### 2.1.4 .1. Objectivos, princípios e métodos do envolvimento comunitário.

Segundo Thaimo (11), os objectivos de envolvimento comunitário resumem-se em:

1. Satisfazer um direito e um dever;
2. Promover a auto-responsabilidade da colectividade e das pessoas;
3. Melhorar:
  - as taxas de cobertura dos cuidados de saúde;
  - a qualidade dos serviços prestados;
  - o funcionamento das Unidades Sanitárias;
4. Abrir largas perspectivas para priorizar acções de PdS e de prevenção da doença;

5. Aumentar a eficácia e a eficiência do sistema;
6. Reforçar a coesão e a auto-suficiência da comunidade.

Fonte: Thaimo. Envolvimento comunitário: caso do distrito de Inhassunge. Disponível em: <https://materialdidacticomoz.blogspot.com> (11)

Estes objectivos, ao entender do MISAU, só poderão ser alcançados através de uma participação activa ou efectiva dos envolvidos na planificação e na execução das actividades, assim como no acompanhamento e avaliação dessas acções de saúde (10).

Os objectivos do envolvimento comunitário encontram fundamento na declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em 1978, em Alma-Ata, onde o envolvimento da comunidade assim como a cooperação entre os diferentes sectores foram definidos como elementos chave para a implementação da política de **SAÚDE PARA TODOS** através da priorização do Cuidados de Saúde Primários (10), por outras palavras nesta Conferência segundo (20) os Ministros da Saúde de todo o mundo formalizaram o consenso sobre a estratégia chave para atingir esse objectivo “SAÚDE PARA TODOS” que foi designada “Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários”(10). Estes aspectos foram amplamente discutidos na UT2 do curso dos CSP.

#### Quadro 4. Excerto da Declaração de Alma Ata

I - A Conferência reitera firmemente que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções e doenças. É **um direito** humano fundamental e que o gozo do grau mais alto possível de saúde é um objectivo social importante em todo o mundo, cuja realização necessita da intervenção de muitos outros sectores sociais e económicos, além da saúde.

II - A grave desigualdade existente no estado de saúde da população, especialmente entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, assim como no seio de cada país é política, social e economicamente inaceitável e, por conseguinte, motivo de preocupação comum para todos os países.

V- Os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos, obrigação que só se pode cumprir mediante a adopção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Um dos principais objectivos sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial nos próximos decénios deve ser o de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os **CSP** constituem a chave para atingir esta meta como parte de desenvolvimento em conformidade com o espírito da justiça social.

Fonte: OMS, 1978. Citado em dos Santos, M. (20). Disponível em: <https://run.uln.pt>

Este excerto, segundo a mesma autora (20), ilustra e sublinha dois aspectos chave da Declaração, concretamente:

- ✓ **O papel do Estado:** Enfatiza a responsabilidade do Estado na garantia da saúde expresso como “os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos”;
- ✓ **O valor da justiça,** sendo a saúde afirmada como um direito humano fundamental e sendo a desigualdade considerada inaceitável, e por isso, alvo de acção para a sua correcção

Como refere Thaimo (11), o envolvimento da comunidade é um instrumento importante, no sentido de promover a articulação entre os actores sociais, fortalece a coesão da comunidade, melhora a qualidade das decisões e torna mais fácil alcançar objectivos de interesse comum.

O envolvimento da comunidade segundo a OMS (17) compreende várias actividades, algumas destas realizadas por profissionais das instituições de saúde incluem: **Alcançar e informar à Comunidade, Consultar, Envolver, Colaborar e Partilha de liderança e empoderamento da comunidade.**

- **Alcançar/informar** à comunidade sobre as orientações de política do Governo.
- **Consultar** à comunidade como parte de um processo para desenvolver políticas governamentais ou criar uma maior consciência e compreensão pela comunidade.
- **Envolver** a comunidade através de uma série de mecanismos para assegurar que questões e preocupações são compreendidas e consideradas como parte do processo de tomada de decisões.
- **Colaborar** com à comunidade, desenvolvendo parcerias para formular opções e fornecer recomendações.
- **A Partilha de liderança/empoderamento** permite à comunidade tomar decisões, implementar e realizar mudanças.

Fonte: Victória Government, Austrália, citado em OMS (17) BT5. Disponível em: <https://www.who.int/training/modules-b5-pt>

#### 2.1.4.2. Princípios de Envolvimento Comunitários segundo a OMS

A OMS (10) divide os princípios de envolvimento comunitário em duas fases: fase da **Planificação** e da **Implementação**.

**Tabela 1. Princípios de envolvimento comunitário**

<b>Princípios da fase de Planificação</b>	<b>Princípios Fase de implementação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificar a meta/objectivo;</li> <li>- Compreender a cultura da comunidade, percepção, condição económica, redes sociais, estruturas políticas e de poder, normas, valores, tendências demográficas, história, experiência passada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer parcerias com a comunidade para estabelecer mudanças e melhorar a saúde;</li> <li>- Reconhecer e respeitar a diversidade; e assegurar que os mais vulneráveis sejam contemplados e envolvidos;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer relações, criar confiança, trabalhar com líderes formais e informais, buscar o envolvimento dos mesmos na mobilização da comunidade;</li> <li>- Mapear e utilizar os mecanismos existentes de envolvimento da comunidade, por ex. para campanhas de pólio, imunização, trabalho com HIV, voluntários da Cruz Vermelha, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar, mobilizar activos e pontos fortes no desenvolvimento da capacidade e dos recursos da comunidade para tomar decisões e implementar acções;</li> <li>- Estar preparado para implementar acções de controlo e intervenções junto à comunidade. Ser flexível para responder a mudanças de necessidades.</li> </ul>
---	--

Fonte: MISAU. Estratégia Nacional de Envolvimento Comunitário. MISAU. 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com> (10).

### 2.1.4.3 Métodos de Envolvimento da Comunidade

Para **Thaimo** (11), as características dos métodos de envolvimento da comunidade podem ser consideradas como factores facilitadores do «Envolvimento Comunitário» para a Saúde. Compreendem oitos aspectos, com alguns princípios comuns e fundamentais:

- ✓ **Flexibilidade:** os resultados são produzidos pelo grupo que participa.
- ✓ **Transparência:** transforma a inteligência individual em colectiva, não induz nem manipula os participantes.
- ✓ **Multidisciplinaridade:** envolve profissionais de várias áreas de conhecimento.
- ✓ **Comunicação nas duas Direcções:** Técnicos e comunidades aprendem.
- ✓ **Quantidade e Qualidade:** a avaliação é realizada levando em consideração os dois métodos: Orientação segundo o grupo, Deslocamento do poder de decisão para o grupo.
- ✓ **Parcela do poder:** envolve o aumento do poder de encaminhamento e decisão por parte do grupo.
- ✓ **Presença local:** projectos construídos localmente e com a participação comunitária.
- ✓ **Documentação:** registo de todas as etapas do processo participativo.

### 2.1.4.4. Factores que facilitam ou dificultam o Envolvimento Comunitário para a Saúde

Segundo a OMS (10), o engajamento comunitário é fundamental em qualquer intervenção de saúde pública. Neste sentido, é importante que o facilitador no processo de envolvimento comunitário conheça alguns aspectos que podem facilitar ou dificultar o trabalho.

**Tabela 2. Factores que podem facilitar ou dificultar os processos de envolvimento comunitário segundo o MISAU.**

Factores facilitadores do Envolvimento Comunitário para a Saúde	Factores que dificultam o Envolvimento Comunitário para a Saúde
<p><b>Deve haver:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte consciência no seio das comunidades, do papel que cada um individualmente e todos colectivamente, devem ter para a defesa e promoção da sua própria Saúde;</li> <li>- Estruturação do Sistema de Saúde de tal modo que seja dada alta prioridade às acções não médicas e médicas de Promoção da Saúde e de Prevenção da doença;</li> <li>- Alta prioridade atribuída ao envolvimento comunitário para a Saúde e à Promoção da Saúde, aparecendo estes como objectivos explícitos da Política Nacional de Saúde;</li> <li>- Boa compreensão, a todos os níveis de gestão, da importância do envolvimento comunitário para a Saúde;</li> <li>- Boa comunicação das estruturas da Saúde e dos outros agentes externos com a comunidade e com as autoridades comunitárias por ela legitimadas;</li> <li>- Existência de autoridades comunitárias esclarecidas, democráticas e empenhadas no bem-estar da comunidade;</li> <li>- Existência de mecanismos adequados e funcionando correctamente, de articulação, entre as estruturas de Saúde e as restantes instituições de mobilização comunitária para a Saúde;</li> <li>- Boas competências/ atitude e boa preparação dos trabalhadores de Saúde para o trabalho com as comunidades, nomeadamente, em matéria de técnicas e métodos participativos, sem que, contudo, abduquem das suas responsabilidades como educadores e orientadores em questões técnico-científicas;</li> <li>- Existência de mecanismos apropriados e de oportunidades para as comunidades desenvolverem habilidades técnicas, competências e capacidades;</li> <li>- Existência e funcionamento adequado de mecanismos apropriados de coordenação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraca consciência, no seio das comunidades, do papel que, cada um individualmente e todos colectivamente, devem ter para a defesa e promoção da sua própria Saúde;</li> <li>- Fraca ou nenhuma prioridade atribuída ao «envolvimento comunitário para a Saúde»;</li> <li>- Má compreensão ou total incompreensão, a todos os níveis de gestão, da importância do envolvimento comunitário para a Saúde;</li> <li>- Falta de comunicação ou má comunicação das estruturas da Saúde e dos outros agentes externos de mobilização comunitária, com a comunidade e com as autoridades comunitárias por ela legitimadas;</li> <li>- Autoritarismo e dirigismo exagerado por parte das autoridades sanitárias, políticas administrativas e outros agentes externos</li> <li>- Incompetência, má atitude e/ou má preparação dos trabalhadores de Saúde e dos outros agentes externos para o trabalho com as comunidades, nomeadamente, em matéria de técnicas e métodos participativos;</li> <li>- Falta de respeito pelas autoridades comunitárias;</li> <li>- Visão autocrática, burocrática e/ou paternalista dos trabalhadores da Saúde e dos outros agentes externos sobre os conceitos de mobilização e de participação comunitárias para a Saúde;</li> <li>- Corrupção e desleixo dos trabalhadores da Saúde e dos outros agentes externos de mobilização comunitária;</li> <li>- Escolha inapropriada dos parceiros para a mobilização comunitária para a Saúde;</li> <li>- Inexistência e inadequação de mecanismos de articulação, entre as estruturas de Saúde e as restantes instituições de mobilização comunitária</li> </ul>

<p>entre os diversos sectores da governação (Cooperação Intersectorial para a Saúde);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência duma estrutura organizacional e gestonária adequada e correctos mecanismos de acompanhamento e de avaliação.</li> </ul>	<p>para a Saúde e/ou o seu funcionamento incorrecto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de líderes comunitários autoritários, retrógrados e anticientíficos;</li> <li>- Existência de fortes contradições no seio da comunidade;</li> <li>- Existência, no seio da comunidade e dos seus líderes de tradições e crenças retrógradas, anticientíficas e prejudiciais à Saúde;</li> <li>- Inexistência de mecanismos adequados assim como a falta de oportunidades para as comunidades desenvolverem habilidades técnicas, competências e capacidades;</li> <li>- Existência de fortes níveis de pobreza nas comunidades;</li> <li>- Baixos níveis de financiamento do Sector Saúde, pelo Estado e pelos parceiros do desenvolvimento (erradamente chamados de doadores);</li> <li>- Inexistência e/ou funcionamento inadequado de mecanismos de coordenação entre os diversos sectores da governação (Cooperação Intersectorial para a Saúde);</li> <li>- Ausência ou desadequação duma estrutura organizacional e gestonária de mecanismos de acompanhamento e avaliação.</li> </ul>
---	---

Fonte: MISAU. Estratégia Nacional de Envolvimento Comunitário. MISAU. 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com> (10).

### 2.1.5. Relação entre Promoção da Saúde, Cuidados Primários de Saúde e Participação/ Envolvimento Comunitário.

Seguidamente são apresentados alguns marcos de referência a nível nacional, africano e internacional da relação entre Promoção da Saúde, Cuidados Primários de Saúde e Participação/ Envolvimento Comunitário.

- Segundo o MISAU (21) a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde 2015 - 2019 visa **empoderar a população** para que tenha saúde e goze de uma vida saudável e bem-estar, recorrendo para este fim a três áreas interligadas. Para o presente subtema, enfatiza-se a promoção da saúde através da **participação informada e activa da população com destaque para o envolvimento comunitário**, comunicação para

a mudança social e de comportamento e mudança estrutural. Com esta afirmação fica evidente a importância do papel do envolvimento comunitário para o bem-estar das comunidades, cuja participação, deve **ser informada, abrangida, entre outras**, as intervenções de qualidade que visam promover hábitos de vida saudáveis, entre eles: promoção de bons hábitos alimentares, práticas apropriadas de higiene, saneamento do meio adequado, consumo de água potável ou tratada, prática regular de actividade física, diminuição do consumo excessivo do álcool, tabaco e drogas e uso de serviços sociais e de saúde.

- A Declaração de Ouagadougou sobre “**Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a Saúde em África no Novo Milénio**”, fruto da Conferência realizada em Ouagadougou (Burkina Faso), em 2008, reafirma os princípios da Declaração de Alma-Ata, em especial no respeitante à saúde como um direito humano fundamental e à responsabilidade dos governos de zelar pela saúde das suas populações. Sustentando-se na análise de experiências sobre a implementação dos CSP em países africanos nos últimos trinta anos, a Conferência exprime a necessidade de que os Estados-Membros, parceiros e comunidades, acelerarem as medidas destinadas a melhorar a saúde. A Conferência reafirma igualmente a pertinência do **envolvimento, participação e reforço do poder das comunidades** em prol do desenvolvimento sanitário, com vistas a melhorar o seu bem-estar. Neste encontro também foi reconhecida a importância de parcerias concertadas, em especial com a sociedade civil, o sector privado e os parceiros de desenvolvimento, para que os compromissos assumidos se traduzam em acções concretas (22).
- Outro marco importante desta temática foi a 62ª Sessão do Comité Regional da OMS para África, realizada no ano 2012 em Luanda, na qual o Director Regional da OMS/África na qual primeiro reconhece, que os países tinham alcançado progressos na saúde ao longo das últimas décadas e que esta tendência deverá manter-se, com incidência nos CSP. Neste sentido afirmou que a “A abordagem dos CSP tem constituído uma verdadeira revolução da saúde pública, permitindo **uma participação comunitária** mais alargada, uma maior formação e melhor distribuição dos recursos humanos e melhorando o acesso às tecnologias de saúde, assim como a medicamentos essenciais e vacinas”. Entre outros aspectos no documento aprovado, intitulado “**Promoção da saúde: Estratégia para a Região Africana**”, exorta aos membros da região Africana ao seguinte:



- Criar, conforme apropriado, mecanismos multissetoriais e interministeriais para a **promoção da saúde** em todas as políticas, boa governação da saúde, **participação comunitária**, diálogo social e papéis de parceria e liderança / tutela;
- Reforçar a informação, a educação e a comunicação (IEC) para aumentar a sensibilização para a saúde, a **mobilização social** e a advocacia em problemas de saúde pública prioritários, em todos os grupos populacionais.

Fonte: OMS. Promoção da saúde: Estratégia para a Região Africana Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/andle\(23](https://apps.who.int/iris/bitstream/andle(23)

Apesar de muitos esforços realizados para a implementação efectiva do envolvimento da comunidade, a OMS (10) salienta que é um processo complexo e o trabalho duro, requer qualificações, recursos e dedicação. Nesta perspectiva, enumera alguns desafios para o envolvimento comunitário, entre eles (17)

- Manter o envolvimento da comunidade ao longo do tempo;
- Ultrapassar as diferenças entre as unidades de resposta e a comunidade e os diferentes influenciadores;
- Trabalhar com comunidades únicas, especialmente vulneráveis ou de alcance difícil;
- As comunidades e as unidades de resposta podem não perceber o risco da mesma forma; e
- As comunidades têm uma dinâmica social complexa e relações de poder em constante mudança que influenciam a forma como as envolvemos.

## 2.2. MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA.

O termo mobilização tem a sua origem no verbo “mobilizar” e o seu significado comum refere a “dar movimento a”, “convocar pessoas para” (12).

Para Furtado (12), o conceito **mobilizar** significa “fazer as pessoas participarem em determinada acção ou em algo, porém esta participação não deve apenas ser no sentido de “fazer parte, mas sim de “tomar parte”. O autor esclarece que o conceito enfatiza a importância do nível de envolvimento das pessoas, não olha apenas no número dos participantes pois, ao seu entender, ao focar-se também para o nível do envolvimento irá permitir um envolvimento das pessoas muito intenso. Considera que no processo de mobilização, as pessoas são vistas como sujeitos em torno de um propósito comum, é criada uma cultura de participação, responsabilização na identificação das necessidades assim como na priorização e escolha de melhores soluções para resolver os problemas que afectam estas pessoas (5).

Furtado (12) destaca como característica principal deste processo participativo o envolvimento de diferentes segmentos sociais nas acções e decisões contidos no projecto comum, respeitando as diferenças entre estes segmentos. As relações interpessoais e o

diálogo são peças fundamentais para o alcance dos resultados desejados. O envolvimento destes segmentos visa à transformação social (12). São exemplo destes segmentos: **a Comunidade, crenças religiosas, etnias, classes sociais, grupos de profissionais de diferentes, as mídias, decisores políticos, entre outros.**

### **2.2.1. Conceitos de Mobilização Comunitária e a sua importância**

A mobilização comunitária segundo Suzanne (24) é uma das estratégias mais importantes do envolvimento comunitário, que favorece a criação de um ambiente favorável ao mesmo.

Quanto à Mobilização Comunitária como conceito, durante o processo da revisão bibliográfica constatou-se que alguns autores optam por utilizar o termo Mobilização Social no lugar de Mobilização Comunitária, mas apesar desta diferença os dois termos convergem para a ênfase que se dá a participação activa da comunidade no sentido de responder a um interesse comum (5). Na presente UT optou-se por utilizar a terminologia de Mobilização Comunitária.

Nesta perspectiva, a OMS define a **Mobilização Social** como “um processo que envolve e motiva uma vasta gama de parceiros e aliados a nível nacional e local para sensibilizar e buscar um objectivo de desenvolvimento particular através do diálogo (17).

A USAID (25), por sua vez, entende a mobilização comunitária como “um processo que visa envolver todos os sectores da comunidade para estimular a acção individual, familiar e comunitária”

Finalmente, Thaimo (11) entende que a mobilização comunitária é uma expressão que implica um processo activo, por parte das autoridades de saúde e outras para suscitar o «Envolvimento Comunitário» e criar um ambiente que lhe seja favorável à Saúde.

A mobilização comunitária é importante porque, devido à sua abordagem participativa, aumenta e reforça a capacidade de uma comunidade para trabalhar em conjunto para um objectivo comum, identificar e abordar as suas próprias necessidades, e encontrar soluções locais para os problemas. Destaca-se o papel do trabalho conjunto entre comunidade e facilitadores, que permite a criação de um ambiente favorável à reflexão sobre os problemas/dificuldades e necessidades da comunidade contribuindo para a sustentabilidade de qualquer acção e, conseqüentemente, ao alcance dos objectivos almejados, de melhoria da saúde e bem-estar das pessoas (25).

Mas, surge a pergunta. **Quando se pode considerar que uma comunidade é ou está mobilizada?**

Para o IESE (5), uma comunidade é considerada mobilizada quando um grupo de pessoas, apoiadas por um facilitador externo, torna-se consciente da necessidade de partilha de preocupações ou necessidades comuns e decidem em conjunto desenvolver uma acção de forma a criar benefícios comuns. Um aspecto chave da mobilização é que a motivação para

a contínua mobilização deve proceder do grupo, caso contrário não será sustentável por muito tempo.

Tomamos como exemplo de uma comunidade mobilizada o descrito no quadro a seguir, em relação ao HV/SIDA.

#### **Quadro 5. Características de uma comunidade mobilizada em relação ao HIV/SIDA segundo ONUSIDA.**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Os membros da comunidade estão conscientes da sua vulnerabilidade individual e colectiva em relação ao HIV e SIDA;</li><li>- Os membros estão motivados a fazer alguma coisa a respeito desta vulnerabilidade;</li><li>- Os membros têm conhecimentos práticos sobre as diferentes opções que podem tomar para reduzir a vulnerabilidade;</li><li>- Os membros agem dentro das suas capacidades, usando as suas próprias forças e investindo os seus próprios recursos, incluindo dinheiro, trabalho, materiais ou qualquer outra coisa que tenham para contribuir;</li><li>- Os membros participam na tomada de decisões sobre as acções a tomar na avaliação dos resultados e assumem responsabilidades quanto aos sucessos e insucessos; e</li><li>- A comunidade procura uma assistência e cooperação externa quando necessárias.</li></ul> |
|---|

Fonte: IESE. Mobilização Social. Disponível em: <https://iese.ac.mz> (5)

#### **2.2.2. Características de um Facilitador da Mobilização Comunitária**

Segundo Suzanne (24), um facilitador comunitário, para poder realizar as actividades de mobilização, precisa ter algumas características, entre as que destaca: capacidade de comunicação, deve identificar os pontos de vista das pessoas, através de uma escuta activa, compreender a situação e o que elas dizem, por último deve ser capaz de suscitar um envolvimento livre da comunidade, saber aconselhar, informar, mobilizar e persuadir sem nunca impor. Um facilitador, no processo de mobilização social ou comunitário, é capaz de suscitar um envolvimento livre na comunidade. Para que isso aconteça é importante que a comunidade confie no facilitador. É fundamental que este também tenha como base de apoio para o exercício das suas actividades as autoridades comunitárias, como: régulo, secretário, capitão, enfermeiros, professores, activistas, comerciantes entre outros (24).

Entre as acções que o facilitador deve realizar destaca-se:

- Conduzir o grupo;
- Favorecer a integração e o relacionamento entre os membros do grupo;
- Facilitar a aprendizagem, a troca de conhecimentos e sensibilizar as pessoas para o engajamento de todos nas acções;
- Mediar os conflitos de forma harmoniosa;
- Facilitar, disseminar informações e experiências; e
- Estimular os grupos a continuarem as acções de forma autónoma e a auto gerirem -se, independentemente da sua presença (12).

Para o desenvolvimento destas acções, o facilitador deve estar familiarizado com o modo de vida da comunidade ou do público-alvo. Por exemplo, nas culturas tradicionais, as crenças fazem parte do modo de vida de muitas comunidades, pelo que estes aspectos devem ser respeitados, e quando constituir risco para a saúde devem ser negociadas de modo que estas sejam praticadas de maneira que não prejudiquem a saúde da comunidade. Desta maneira as acções planificadas tendem a ser exitosas (24).

O facilitador deve comunicar-se com clareza, ser responsável e ético em relação ao compromisso que assume com a comunidade e, especialmente, saber receber críticas e sugestões, de modo a conduzir o processo como uma construção colectiva (12).

Rice (14) indica que a Comissão Técnica da OMS de Novos Enfoques da Educação em Saúde na Assistência Primária da Saúde (1982) recomendou o seguinte:

**Que o educador de saúde passe a ser aluno e facilitador e os membros da comunidade sejam professores e também alunos. A comunidade tem a função de ensinar aos educadores de saúde, a sua "cultura da saúde", as suas crenças e como actuam na área da saúde — onde buscam tratamento e qual sua percepção em situações relacionadas com a saúde. Enquanto os educadores de saúde têm a responsabilidade de garantir um diálogo construtivo com os membros da comunidade, para que estes possam identificar soluções culturalmente apropriadas.**

O tal como diz Lao Tse

*“Junte-se à comunidade. Viva com eles. Aprenda com eles. Estime-os. Comece com o que eles sabem. Construa com o que eles têm. Mas com os melhores líderes, quando o trabalho estiver terminado e a tarefa for cumprida, eles dirão **“Fizemos sozinhos!”**”*

**Lao Tse**

Fonte: Bandeira, A. Projectos de Inovação comunitária. Manual de suporte á implementação da metodológico. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp> (26).

Um dos resultados da mobilização, como sustenta Furtado (12), é a constituição de redes, que integram e articulam diferentes intervenientes, dentre elas: organizações sociais, governamentais e não-governamentais, os conselhos profissionais, os conselhos comunitários, entre outros. Por outras palavras, segundo a autora, as redes são sistemas organizacionais abertos e dinâmicos onde as pessoas e instituições actuam em prol de objectivos comuns, em diferentes áreas temáticas, por meio de mecanismos de comunicação.

As redes sociais podem ser formais e informais, com uma estrutura horizontal que actua de forma coordenada, a partir da distribuição do poder e das funções. Os diversos actores

podem desenvolver acções em diversas áreas, através do diálogo e partilha de informações e conhecimentos (12).

### 2.2.3. Etapas da mobilização comunitária: Principais Passos e princípios

A mobilização comunitária pode materializar-se de diferentes modos, a escolha da forma ou das acções/actividades a serem desenvolvidas dependem, entre outros aspectos, dos **objectivos, do contexto, do grupo alvo e das necessidades.**

A USAID (25) resume em quatro (4) fases/ etapas a Mobilização Comunitária, a saber: **a) identificar e aceder (entrar) às comunidades; b) seleccionar e treinar porta-vozes e mobilizadores comunitários; c) estabelecer uma Estrutura Formal para um Fluxo de Informações Efectivo; d) Identificar e Implementar Actividades de Mobilização Comunitária** (25).

A seguir são descritas as etapas que podem ser desenvolvidas na mobilização comunitária: segundo USAID (25).

- 1. Identificar e aceder (entrar) as comunidades:** Este é o primeiro passo do suporte dos procedimentos sobre como entrar na comunidade uma vez identificada. É essencial que a pessoa/equipa ou a entidade interessada leve consigo uma guia ou credencial, contactar ou apresentar-se ao representante legítimo da comunidade, informar sobre os propósitos ou objectivos, conhecer as normas/ protocolos nacionais ou regionais, tanto oficiais como tradicionais. Deve ainda conhecer de forma precisa as outras autoridades e líderes legítimos para ter o acesso inicial a comunidade. Esse conhecimento proporcionará uma visão sobre quem deve ser abordado primeiro em cada comunidade (17). **São exemplos destes, representantes da comunidade: régulo, chefes de quarteirão, chefe do posto, autoridades religiosas.**

Considera-se, ainda nesta etapa, a reflexão com a comunidade e a verificação da situação, de modo a aferir se as pessoas estão interessadas nas actividades e, de forma participativa, identificar os seus problemas de saúde e ao mesmo tempo aprendam a autoajuda. Finalmente a equipa deve certificar se existem outras redes de mobilizadores na comunidade, incluindo centros e postos de saúde (25).

- 2. Seleccionar e treinar porta-vozes e mobilizadores comunitários:** é importante no primeiro encontro delinear estratégias de como trabalhar com a comunidade para que esta se sinta envolvida e tomem consciência da importância da actividade. Um dos caminhos considerado eficaz é a identificação de um grupo de mobilizadores, que sejam membros de confiança da comunidade. Para o efeito é importante a consulta aos líderes locais, religiosos e tradicionais sem se esquecer das redes existentes de mobilizadores comunitários, como os Agentes de Saúde Comunitários ou mobilizadores comunitários associados a organizações locais, nacionais ou internacionais. Para que estes mobilizadores implementem as actividades com qualidade desejada, ou que as mensagens a ser transmitidas sejam confiáveis e que produzam efeito desejado na comunidade, é imprescindível a formação ou o treino destes mobilizadores (25).

3. **Estabelecer/criar uma Estrutura Formal para um Fluxo de Informações Efectivo:** esta fase é de extrema importância no processo de mobilização comunitária. Permite monitorizar as actividades dos mobilizadores e também como a comunidade está a receber as mensagens, assim como o seu impacto. Para que este processo seja eficaz há uma necessidade de criar um fluxograma de informação e estabelecer-se contactos regulares com os membros e serviços da comunidade entre outros, de modo a identificar aspectos positivos/ protectores ou fraquezas/barreiras que podem inibir a capacidade de um indivíduo a engajar-se em comportamentos protectores: exemplo as práticas sociais e culturais.
4. **Identificar e Implementar Actividades de Mobilização Comunitária:** uma vez identificados os problemas da comunidade de forma participativa, e uma vez aceite na comunidade, segue-se a fase de implementação das actividades que promovam a mudança de comportamento, que podem ser feitas através de cinco principais canais ligados à mobilização da comunidade que são: **rádio, actividades comunitárias de grande escala, comunicação interpessoal, vigilância comunitária e tecnologia de telefonia móvel** (25).

Fonte: USAID. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência (25). Disponível em: <https://healthcommcapacity.org>

Por sua vez, Bartles resume em 13 os ciclos de mobilização comunitária que podem ser modificados de acordo com situação, representados no esquema a seguir (7).

### Esboço do ciclo de mobilização comunitária segundo Bartle (7)



### A seguir, o quadro explicativo de cada etapa:

- a) **Sensibilização e Autorização** - Encontros com líderes locais e oficiais do governo;
- b) **Aumento da conscientização** - Encontros públicos com membros das comunidades-alvo;
- c) Treinamento de mobilizadores - **Organizar os trabalhadores da comunidade;**
- d) **Organização de unidades** - Unificar diferentes facções da comunidade;
- e) **Treinamento de gestão** - Treinamento de líderes comunitários e mobilizadores (Exemplo: como preparar e desenhar projectos efectivos);
- f) **Avaliação participativa** - Identificar problemas prioritários (dessa forma metas prioritárias tornam-se soluções);
- g) **Plano de Acção Comunitário** - Consistente com planos distritais e prioridades comunitárias;
- h) **Planos de projectos comunitários** - Criados e submetidos por comunidades-alvo;
- i) Negociação - **Discussão de propostas até que as expectativas de todos sejam atendidas;**
- j) **Início da implementação** - O trabalho começa com membros da comunidade sobre o projecto comunitário;
- k) **Monitoria** - Uma condição para implementação;
- l) **O trabalho continua até o final** - Implementação, monitoria, relato, pagamento;
- m) **Cerimónia oficial de término do projecto** - Incentivar mais desenhos de projectos;

Fonte: Bartle, P. Material de Formação sobre como fortalecer comunidades. O que é comunidade? Uma Perspectiva Sociológica. Disponível em: <https://cec.vcn.bc.ca//mpfc/modules> (7).

#### 2.2.3.1. Os cinco canais ligados à mobilização da comunidade

**Um canal de comunicação é um meio ou método usado para passar uma mensagem ao público-alvo pretendido.** Cada um dos canais utilizados para a mobilização da comunidade tem as suas vantagens e desvantagens, pelo que é importante deixar claro que em qualquer campanha deve fazer-se uso de uma variedade de canais de comunicação para reforçar as mensagens em vários níveis e aumentar a probabilidade de serem compreendidas.

A eficácia de qualquer canal dependerá de um processo de selecção cuidadoso, com base nos hábitos e preferências do público-alvo pretendido (*Canais de comunicação foram apresentados na UT3 sobre CMSC*) (25).

Os principais princípios para a escolha eficaz dos canais de comunicação são: (25)

**1.- Avaliar os Canais Disponíveis.** Existe uma grande variedade de canais de comunicação, mas a escolha pode ser influenciada por vários factores, dentre eles a sua disponibilidade e acessibilidade para público-alvo.

**Exemplos:** as linhas telefónicas, podem ser linhas directas, significam que podem ser usadas em casos de emergência para fornecer informações essenciais ou para respostas mais profundas a perguntas gerais e de apoio (linhas verdes). Estas linhas podem também constituir ferramentas úteis para monitorização e uma fonte de dados de vigilância de saúde pública que pode ajudar a detectar e monitorizar a evolução da epidemia como foi no caso da COVID-19 em Moçambique.

**2.- Combinar canais disponíveis com o público-alvo pretendido.** Considera se importante na seleção da mistura de canais os seguintes aspectos:

- *As preferências e hábitos* do público pretendidas;
- *Os níveis de alfabetização/literacia* do público-alvo. Onde os níveis de alfabetização são baixos, devem ser utilizados meios simples, tais como: comunicação interpessoal, rádio, televisão e materiais de impressão altamente visuais;
- *O tipo de informação que precisa ser transmitida.* Informações complexas, por exemplo, exigem formatos mais longos e mais interativos do que mensagens simples.
- *O objectivo de comunicação.* Se o objectivo da comunicação é sensibilizar e aumentar o conhecimento, os canais de comunicação adequados podem incluir anúncios de serviço público, cartazes e anúncios que promovam as mesmas mensagens-chave. Contudo, nos casos em que o objectivo é melhorar as competências e a auto-eficácia, os canais de comunicação interativos e participativos, como as actividades em pequenos grupos, podem ser mais adequados;
- *Disponibilidade orçamental.* Alguns canais de comunicação, como a televisão, serão mais caros do que outros;
- *Cronograma.* Alguns formatos de comunicação dentro de cada categoria de canal podem levar mais tempo para serem desenvolvidos. Exemplo, uma peça teatral requer um certo tempo para ser desenvolvida, gravada e testada neste contexto, este meio não pode ser uma opção viável no início de uma emergência quando a informação precisa ser divulgada rapidamente.



## 2.3. - ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO EM MOÇAMBIQUE.

### 2.3.1. Evolução histórica do Envolvimento Comunitário em Moçambique

Segundo Garrido (27), o sistema de saúde criado pelo governo colonial português em Moçambique, e que prevaleceu até 1975, estava concentrado nas cidades e vilas onde vivia a maioria dos colonos. Era um sistema fragmentado, baseado em hospitais e priorizando a medicina curativa (em detrimento da promoção da saúde e da prevenção da doença). A decisão de adoptar uma Política de Saúde, em que o Envolvimento Comunitário era um elemento fundamental, foi tomada no I Seminário Nacional de Saúde, realizada de 30 de Outubro a 04 de Novembro de 1975, quatro meses após a independência. No mesmo seminário foi lançada a palavra de ordem de **«Promoção da Saúde da Comunidade pela própria Comunidade»**, que veio a ser assumida pelas populações organizadas e enquadradas pelas organizações democráticas de massas. Para materializar esta palavra de ordem, foi paralelamente lançada a **Campanha Nacional de Saneamento do Meio Ambiente**, que veio a ter execução prática em toda a extensão do território nacional. Através desta campanha materializou-se, pela primeira vez à escala de todo o país, o princípio da mobilização de todas as estruturas da nação num conjunto de acções não médicas, como factor determinante na PdS e na prevenção da doença. Através desta campanha, a população das zonas que, até Setembro de 1974, tinha estado sob a dominação colonial, participa pela primeira vez, de forma organizada, na promoção da sua própria Saúde (13).

Moçambique participou e apresentou a sua experiência sobre PdS na Conferência de Alma Ata- 1978, onde granjeou um reconhecimento Internacional. Na mesma Conferência adoptou o conceito e os princípios de PdS, como elemento essencial dos CSP, e um destes princípios é o fortalecimento da acção comunitária, como indica Madziwa (15).

Ao longo destes anos o MISAU tem desenhado o Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS), documento com princípios orientadores para os programas de PdS. O terceiro PESS (PESS 2014-2019-2024) descreve várias iniciativas de prestação de serviços de saúde de base comunitária em Moçambique, através de apoio directo do Governo, ou por iniciativas de Organizações Não-Governamentais (ONGs) locais e internacionais. Exemplos destas acções/iniciativas comunitárias são as brigadas móveis e campanhas, a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nomeadamente: Agentes Polivalentes Elementares (APEs), Parteiras Tradicionais (PT) e outros ACS, que prestam alguns cuidados básicos de saúde, o que permite a expansão de cobertura dos cuidados de saúde providenciados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) (19).

No mesmo contexto/ iniciativa, o Município de Maputo elaborou o seu plano de PdS para o período de 2005-2019. Entre os objectivos estratégicos destacam-se: a) a necessidade de

adoptar aos munícipes de Maputo de capacidades e conhecimentos em relação aos principais problemas de saúde pública que lhes permitam promover a sua saúde individual e colectiva; b) o reforço da comunidade através da estratégia de envolvimento comunitário para a implementação de acções de promoção e prevenção da saúde no seio da comunidade; c) incentivar a demanda de CSP por parte da população, (28)

No SNS de Moçambique, o nível primário de saúde constitui o principal ponto ou porta de entrada das comunidades para os cuidados de saúde. É neste pensamento que o envolvimento comunitário se torna indispensável na implementação dos programas de saúde com maior potencial de melhoria da saúde das comunidades; promove o empoderamento e estimula as iniciativas comunitárias para que a população seja uma parceira activa e respeitável na produção, gestão e utilização dos serviços de saúde, a todos os níveis (19).

### **2.3.2. Estratégia de Envolvimento Comunitário.**

O MISAU, elaborou a sua primeira Estratégia de Envolvimento Comunitário em 2004, inserida na Política Nacional e no seu Plano Económico Social de Saúde (PESS), cuja missão do envolvimento comunitário foi enunciada conforme se segue:

A Missão do envolvimento comunitário inserida na Política Nacional e no PESS visa garantir acesso aos cuidados básicos de saúde aos moçambicanos, através da promoção das capacidades da comunidade para a identificação, análise e tomada de decisões para resolução dos problemas de saúde e desenvolvimento.

Fonte: MISAU. Estratégia Nacional de Envolvimento Comunitário. MISAU. 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com> (10).

Com base neste documento, o envolvimento e a participação comunitária eram implementados de várias formas de organização a seguir discriminadas:

- Organização de Conselhos de Base (CB) que funcionavam a nível de todos os sectores dos hospitais. Nesta organização os trabalhadores, com a participação de membros da comunidade, decidiam sobre qual deviam ser as suas condutas para o melhor desempenho e elevação da qualidade dos serviços prestados aos utentes;
- Ligação Povo-Hospital: através de reuniões nos bairros, quarteirões e vilas, colhiam-se críticas e sugestões sobre o funcionamento dos hospitais e a melhoria da relação Povo-Hospital.

A Estratégia de Envolvimento Comunitário, desenvolvida em 2004, notabilizou-se por não ser um documento isolado pois, encontra-se inserida na Política Nacional e no PESS. Este é um documento mais abrangente e centra-se na comunidade para alcançar a melhoria da saúde dos moçambicanos e a qualidade de vida desejada, sustentando-se nas acções de participação e envolvimento comunitário, aspectos patentes na sua “missão acima mencionado (10).

Para fundamentar ainda estes aspectos, Madziwa (29) descreve no seu estudo “Práticas de Promoção da Saúde e desafios em Moçambique”, que o MISAU encoraja o envolvimento da comunidade no sistema de prestação de cuidados de saúde. Salienta ainda que em todos os distritos do País decorre a capacitação contínua dos ACS com o fim de facilitar que as comunidades participem da manutenção da sua saúde e para que os líderes comunitários, religiosos e organizações comunitárias, participem na implementação de programas de PdS (29).

#### 2.3.2.1. Objectivos da Estratégia de Envolvimento Comunitário para a Saúde em Moçambique (10)

**O objectivo geral da Estratégia é** envolver a comunidade em acções com vista a melhorar as suas condições de saúde e o seu desenvolvimento.

#### **Quanto aos objectivos específicos, a estratégia propõe:**

- Fortalecer a capacidade institucional do SNS para apoiar o desenvolvimento das comunidades;
- Fortalecer as capacidades das comunidades para a identificação, análise de problemas e tomada de decisões, na planificação participativa, gestão e implementação de planos de acção com vista à melhoria das suas condições de saúde;
- Desenvolver mecanismos para um envolvimento comunitário sustentável;
- Desenvolver instrumentos de monitoria e avaliação;
- Melhorar a articulação com outras entidades (governamentais, privadas, entre outros).

O programa de formação e a inserção dos ACS iniciou em 1978 e surgiu como resposta à necessidade de aumentar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde que se concentra na PdS e prevenção de doenças. Os ACS eram seleccionados na comunidade e se dedicavam a trabalhar nas comunidades onde vivem. Segundo o PESS, na avaliação feita ao programa de ACS, verificou-se que a implementação do mesmo implicou uma relevante melhoria de equidade no acesso aos cuidados de saúde, aceitabilidade e percepções da comunidade sobre a qualidade da prestação de serviços de saúde. Os ACS são apreciados pelas

comunidades, que os consideram como “médicos comunitários” que fazem a ponte, como Sistema de Saúde (19).

A partir das experiências positivas identificadas na implementação de vários programas de PdS através dos ACS, pode-se afirmar que esta é a base de sustentação para outros programas de PdS.

Madziwa (29) descreve alguns exemplos de comunidades envolvidas no tratamento antiretroviral (TARV) de doentes diagnosticados de HIV/SIDA. Existem grupos de suporte nas comunidades que ajudam os indivíduos infectados com serviços de aconselhamento para facilitar a adesão ao respectivo tratamento. O autor também indica que um estudo realizado por Rachares em 2014, destacava que o modelo “Community Action Groups” facilitou o envolvimento activo dos pacientes e a criação de um ambiente favorável para a retenção dos mesmos no programa do TARV (29).

No âmbito de COVID-19, o MISAU desenvolveu a Estratégia Nacional de Resposta Comunitária à COVID-19 na qual o objectivo estratégico 1: “**Comunicação**” descreve a necessidade de as comunidades liderarem a disseminação de mensagem de IEC, difundidas com recurso a meios acessíveis e disponíveis na comunidade, com objectivo de aumentar a literacia de saúde das comunidades sobre o COVID-19, para melhor engajar a população nas medidas de prevenção e combater os mitos relacionados a esta doença. E objectivo Estratégico 2: “**Prevenção**” Descreve as medidas de prevenção contra a COVID-19 e o papel dos actores comunitários e comunidades na sua implementação (31).

### **2.3.3. Actores intervenientes no processo de envolvimento comunitário para saúde**

O MISAU, na sua estratégia de envolvimento comunitária (10), reconhece que a participação comunitária cria mecanismos e sistemas para sustentar a melhoria dos cuidados de saúde. Neste contexto, um dos princípios adoptados no PESS 2014- 2019 (com extensão para 2024) é a criação **de parcerias em Participação Comunitária**, na qual os serviços de saúde só serão melhorados quando as comunidades forem tratadas como parceiros. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde (PNS), contempla que o sector comunitário de prestação de cuidados de saúde, está composto por uma rede comunitária de saúde resultante das necessidades sentidas e manifestadas pela comunidade e não imposta pelo sistema, com o fim de que seja sustentável e gerida pela própria comunidade, com apoio e orientação do SNS e, ou, das ONGs.

Pelo exposto até aqui, a estratégia aponta três grupos de actores intervenientes no processo de envolvimento comunitário.

**Tabela 3. Factores intervenientes no processo de envolvimento comunitário**

N	Grupo	Actores
1	Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoridades comunitárias, estruturas de base comunitária (CLCs),</li> <li>- Rede Comunitária de Saúde (CLCs, ACS) Medicina Tradicional (Praticantes de Medicina Tradicional), educadores/iniciantes de ritos de iniciação.</li> </ul>
2	Instituições do Estado	Ministérios da Saúde, Educação, das Obras Públicas e habitação, Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, entre outros.
3	Organizações não governamentais	UNICEF, UNFPA, OMS, USAID e outras;

Fonte: Estratégia de Envolvimento Comunitário. MISAU. 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com>

A seguir são apresentadas as principais definições dos actores do Envolvimento Comunitário segundo o MISAU (10):

- **Autoridades comunitárias:** Segundo o Decreto n° 15/2000, são autoridades comunitárias os chefes tradicionais, os secretários de bairros e de aldeias e outros líderes legitimados pelas respectivas comunidades locais e reconhecidas pelo competente representante do Estado.
- **Estruturas de base comunitária:** Designam-se conselhos de líderes comunitários ou comités de saúde comunitária, compostos por homens e mulheres, membros influentes de uma comunidade, os quais foram escolhidos ou eleitos por essa comunidade.
- **Conselho de Líderes Comunitários (CLCs):** O Conselho de Líderes Comunitários é uma estrutura sócio-comunitária composta por homens e mulheres, membros de uma comunidade, os quais são escolhidos ou eleitos por essa comunidade, para a “representar” em todas as ocasiões em que é preciso tomar decisões como uma comunidade. Essas pessoas têm a particularidade de serem líderes, formais ou informais, na comunidade: líderes religiosos, régulos, professor, secretários de bairros, comerciantes, representantes de grupos de mulheres, de jovens, de profissionais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros.
- **Rede Comunitária de Saúde:** Refere-se ao sector comunitário de prestação de cuidados de saúde, com infra-estruturas comunitárias, que se pretende auto-sustentável, envolvendo todos os intervenientes comunitários como ACS, Estruturas de Base Comunitária e Autoridades Comunitárias.
- **Agente Comunitário de Saúde:** São designados como ACS todos os indivíduos, escolhidos na comunidade e pela comunidade, formados pela Saúde ou pelas ONGs e

instituições religiosas para realizar actividades de promoção, prevenção e ou curativas a nível das comunidades. Dentro do grupo dos ACS encontram-se os Agentes Polivalentes Elementares (APEs), Parteiras Tradicionais (PTs) e os Activistas.

- **Agente Polivalente Elementar (APE):** É um elemento da comunidade, por esta seleccionado, treinado pelo SNS ou pelas ONGs para prestar cuidados preventivos, curativos e promocionais a essa mesma comunidade.
- **Activistas comunitários da saúde:** É um voluntário membro da comunidade, por esta seleccionado, treinado por uma ONG e/ou por uma instituição da Saúde, trabalhando sob a orientação e o apoio metodológico de uma ONG ou de instituições do Estado, junto ao Conselho de Líderes Comunitários (CLC).
- **Parteira Tradicional (PT):** É a mulher que faz partos na comunidade e reconhecida por esta na sua função.
- **Praticante de Medicina Tradicional (PMT):** Segundo a OMS, é a pessoa reconhecida pela comunidade na qual vive, competente para fornecer saúde usando plantas, animais, minerais e outros métodos baseados em conhecimentos anteriores, religiosos, sociais e culturais, bem como atitudes e crenças que são prevaescentes na comunidade tendo em vista o bem-estar físico, mental e social.
- **Medicina Tradicional:** Segundo a OMS, é a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não aplicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais e podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração, oralmente ou por escrito (10).

No quadro a seguir são apresentados os resultados esperados da Estratégia de Envolvimento Comunitário.

#### **Quadro 6. Resultados esperados da Estratégia de Envolvimento Comunitário.**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Participação activa das pessoas, de grupos e da comunidade em actividades para a melhoria da saúde individual, familiar e comunitária;</li><li>– Melhoradas as práticas sanitárias-chave para promoção da saúde das famílias e da Comunidade;</li><li>– Melhorado o acesso da comunidade aos CSP;</li><li>– Aumento da demanda da população aos cuidados de saúde;</li><li>– Melhorada a qualidade de atenção de saúde a nível dos utentes das Unidades Sanitárias por parte dos profissionais de saúde;</li><li>– Reforçada a capacidade institucional a nível central, provincial, distrital e local;</li><li>– Envolvimento comunitário sustentável;</li><li>– Melhorada a articulação com outras entidades (governamentais, privadas etc).</li></ul> |
|--|

Fonte: Estratégia de Envolvimento Comunitário. MISAU 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com> (10)

Apresentam-se a seguir as intervenções, estratégias e resultados propostos na Estratégia Nacional de Promoção da Saúde.

### **Quadro 7. Estratégia de Promoção da Saúde. Intervenções**

<b>Envolvimento comunitário para a saúde</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Capacitar técnicos de saúde e parceiros em metodologias participativas para habilitá-los no desenvolvimento de ações de mobilização, promoção e monitoria das actividades comunitárias.</li><li>2. Capacitar as comunidades na identificação, análise e tomada de decisões dos seus problemas de saúde.</li><li>3. Criar comités de saúde a nível comunitário e garantir o seu funcionamento.</li><li>4. Fortalecer a ligação saúde - povo através de realização de encontros regulares.</li><li>5. Revitalizar o programa de formação dos APEs.</li><li>6. Estabelecer comités de co-gestão das US.</li><li>7. Monitorizar e avaliar as actividades dos APEs, DOTs-C, PTs e cuidados domiciliários.</li><li>8. Fortalecer os grupos multisectoriais de trabalho a todos os níveis (central, provincial e distrital).</li><li>9. Estabelecer mecanismos de coordenação entre os diversos intervenientes (Comunidade, MISAU, outros sectores do Governo e parceiros).</li><li>10. Criar um sistema de informação comunitário (SIC).</li></ol>

Fonte: Garcia, J. Vigil, A. Manual de Formação em Cuidados de Saúde Primários. Unidade 8. Medicus Mundi Moçambique. Não disponível online (13).

#### **2.3.4. Desafios na implementação da Participação e Envolvimento Comunitário**

Como referenciado acima e descrito em anteriores Unidades Temáticas, Moçambique desde a sua independência, adoptou o conceito e os princípios de PdS surgidos na Declaração de Alma Ata sobre CSP em 1978 e no mesmo período o país concebeu a categoria de Agentes Polivalentes Elementares (APE).

Quarenta e três anos após, persistem alguns desafios. O PESS 2014-2019, estendido até 2024, reconhece que nas últimas décadas houve avanços assinaláveis no estado de saúde dos moçambicanos, porém, estes avanços apresentam progressos desiguais. Recorre-se para fundamentar esta afirmação entre outras as taxas de mortalidade infantil onde em crianças menores de cinco anos registou-se um decréscimo considerável, aproximando-se às metas de Desenvolvimento do Milénio. Enquanto a mortalidade neonatal, apesar do progresso verificado na diminuição das taxas, estas continuam igualmente altas (19), representando 16% das mortes nesta faixa etária.

O mesmo documento aponta entre outros desafios: a) a capacidade de resposta do sistema de saúde que é ainda limitada; b) a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população; c) deficiente funcionamento do sistema de referência, d) insignificante

participação formal comunitária e do sector privado no aumento da capacidade de provisão dos serviços de saúde; e) défice na formação dos recursos humanos de qualidade aliada à sua distribuição desigual e fraco desempenho (19).

Madziwa (29) concorda com esta visão do PESS vigente ao destacar que existem desafios na implementação de programas de PdS, entre eles: carência de profissionais formados em PdS, recursos financeiros e materiais, infra-estruturas e a dificuldades na tradução de documentos de língua inglesa para o português.

Por outro lado, a OMS sustenta, na sua terceira Estratégia de Cooperação com Moçambique 2018-2022, que a abordagem de CSP é um contributo fundamental para o SNS evoluir para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), através da expansão da acessibilidade aos serviços de saúde eficazes. O mesmo documento enfatiza que a sua implementação requer que sejam reforçadas as componentes dos Sistemas de Saúde (SS), de forma integrada e avança com alguns desafios:(21)

- 1º. A inexistência de uma Política Nacional de Saúde actualizada. Esta deveria estar alinhada com as prioridades actuais e compatível com nível de desenvolvimento sanitário do país, e também alinhada com compromissos regionais e mundiais.
- 2º Défices na coordenação das acções para melhores resultados que se justificam segundo a OMS pela multiplicidade de actores e parceiros de desenvolvimento, tais como multilaterais, bilaterais, ONGs, privados, entre outros, assim como de iniciativas de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) facilidade Global de Financiamento - GFF, Fundo Global, entre outros (21).

O PESS 2014-2019 (2024), avança com algumas oportunidades em direcção contrária a algumas fraquezas. O MISAU está a reactivar programas ou iniciativas que se revelaram eficazes na PdS, entre eles o programa de APES, que inclui a revisão do perfil profissional e formação intensiva dos mesmos, com perspectiva de expandir a cobertura dos cuidados de saúde providenciados pelo SNS. Assim mesmo, considera que deve ser redireccionado o perfil das PT, que deveriam “reconverter-se” em promotoras da saúde materna e neonatal na comunidade, e do parto e atenção ao recém-nascido apenas em situações de emergência (19).

A pesar destas iniciativas mostrarem-se importantes, o MISAU reconhece que a cobertura com equidade, a qualidade e a sustentabilidade destas iniciativas, incluindo o seu enquadramento no aparelho do Estado, são os principais desafios da implementação (19).

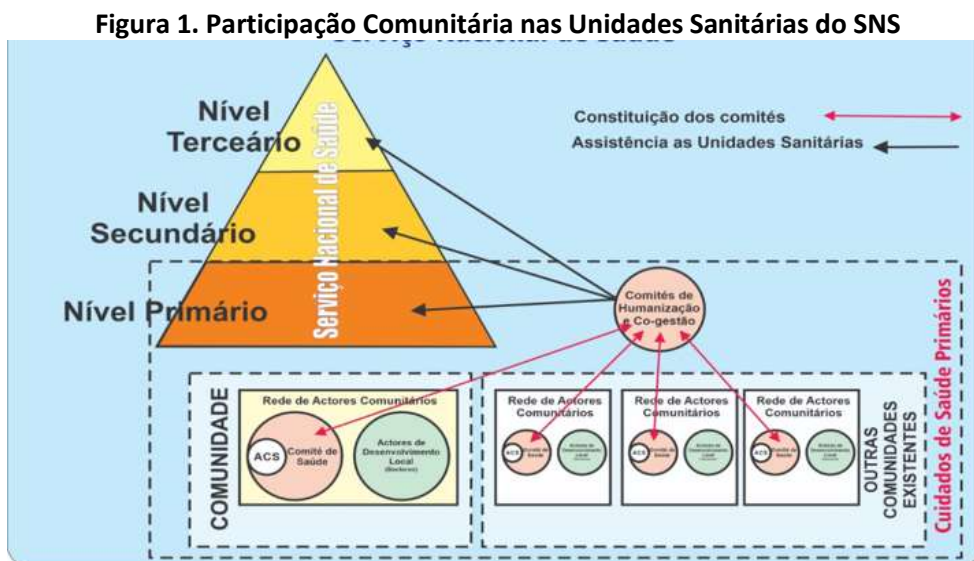


#### 2.4.2.5. A Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde em Moçambique

Segundo o pronunciamento feito pelo actual ministro da saúde, no distribo de Bilene na província de Gaza na abertura do seminário nacional dos gestores de saúde, o governo entende que só com cuidados primários e um subsistema comunitário de saúde robustos, o sector pode responder com eficácia, as exigências da população, das zonas rurais até as urbanas e de modo a responder a actual conjuntura epidemiológica, demográfica e social (RM Gaza - 30/09/2020).

- Nesta perspectiva, está em curso a elaboração de uma nova estratégia intitulada: **Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde** (fase final), baseada em 4 pilares e cada pilar com os seus respectivos objectivos estratégicos e acções a serem desenvolvidas com metas intermédias em 2025 e metas a alcançar até no ano 2030, que coincidem com as acordadas pelo país no âmbito da avaliação dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentavel (ODS) (31), concretamente:
  - Liderança, Participação e Empoderamento das Comunidades;
  - Expansão de Prestação de Serviços Essenciais de Saúde;
  - Sistema de Informação e Vigilância em Saúde, Monitoria e Avaliação; e
  - Apoio Técnico, Recursos e Gestão.

O Subsistema Comunitário de Saúde, descrito anteriormente, é um dos sistemas do SNS, directamente relacionado com a prestação dos CSP, já que estes como se pode apreciar na seguinte figura integram a comunidade e o nível primário de saúde.



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

Com o fim de revitalizar a saúde comunitária e melhorar a saúde da população de Moçambique, em Agosto de 2020 (3) foi lançada pelo MISAU a Estratégia do Subsistema Comunitário de Saúde até 2025.

A mesma tem Objectivos Estratégicos, Acções e Resultados Esperados. Apenas são resumidos os seguintes objectivos estratégicos (31).

- **Objectivo Estratégico 1: Liderança, Participação e Empoderamento das Comunidades.** Até 2025, 50% das comunidades moçambicanas liderando a identificação, priorização e soluções dos problemas locais dentro das respectivas áreas de saúde;
- **Objectivo Estratégico 2: Expansão de Prestação de Serviços Essenciais de Saúde.** Até 2025, contribuir para aumentar em 20% o acesso a cobertura de serviços essenciais de saúde;
- **Objectivo Estratégico 3: Sistema de Informação em Saúde, Monitoria e Avaliação** Até 2025, estabelecer um sistema de vigilância, monitoria e avaliação das acções de saúde nas comunidades com fluxo multidirecional de informação;
- **Objectivo Estratégico 4: Apoio Técnico e Gestão.** Até 2025, garantir a continuidade de suporte técnico e de recursos à estrutura de apoio do sistema de desenvolvimento comunitário.

Para a consecução dos anteriores objectivos é necessário realizar mudanças significativas a diferentes níveis, tal como pode ser apreciado na seguinte tabela.

**Tabela 4. Comparação do foco das intervenções na Saúde Comunitária no passado e com a nova estratégia em curso.**

<b>Passado</b>	<b>Futuro</b>
<b>Provisão de serviços</b> com foco nas doenças (abordagem por doenças).	<b>Provisão de serviços com foco na NECESSIDADE</b> do indivíduo ( <b>Centrado na Pessoa.</b> )
<b>Foco nos episódios da doença</b> – prevenção, promoção, SMI, CDC.	<b>Foco na continuidade dos cuidados</b> – Serviços de promoção, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos, em todas as idades
<b>Foco na equidade:</b> população pobre rural.	<b>Foco na equidade:</b> Identificação de todas as pessoas que ficam para trás – Urbanas e rurais pobres, aspectos de género, barreiras culturais.
Foco no <b>Acesso.</b>	Foco no <b>Acesso e na QUALIDADE.</b>

<b>Abordagem da Provisão de Serviços</b> Centros de Cuidados de Saúde Primários coordenados por um hospital primário.	<b>Abordagem da Provisão de Serviços:</b> responsabilidade de todos os níveis de cuidados e inclusão de modalidades público – privadas.
<b>Resultados baseados no orçamento</b> , com mobilização de recursos externos.	<b>Resultados baseados na NECESSIDADE</b> , com a mobilização de recursos interna (recursos via impostos, taxas ou outras modalidades de pré-pagamento).

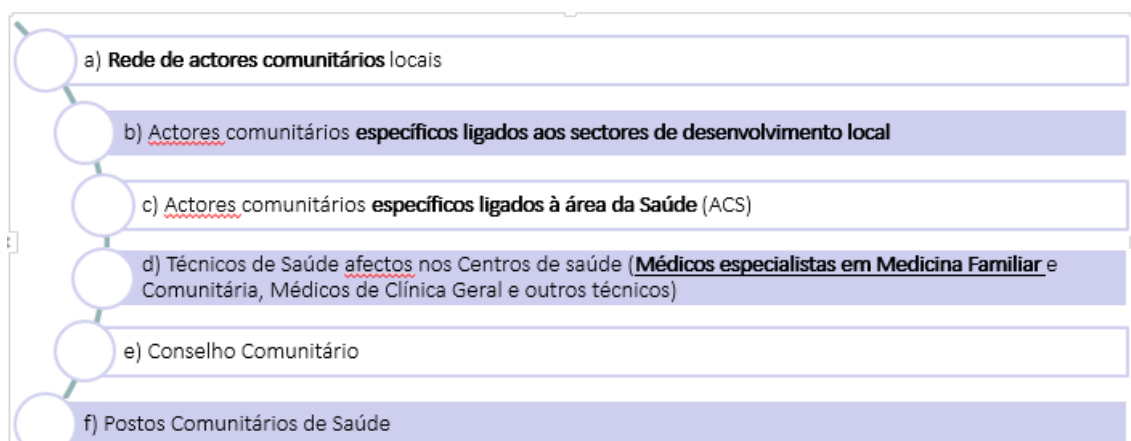
Fonte: Adaptado de: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

**As intervenções chave do Subsistema de Saúde Comunitária são os seguintes.**

Promocional	Preventivo	Curativo
Aconselhamento e Promoção da saúde	Vigilância e prevenção de doenças	Manejo de doenças e cuidados de continuidade domiciliare
Intervenções para as necessidades em saúde para cada faixa etária e género: (1) gravidez e parto; (2) recém-nascido; (3) crianças menores de 5 anos; (4) idade escolar de 5 a 10 anos; (5) adolescentes e jovens; (6) adultos e (7) pessoas idosas		

O Subsistema Comunitário de Saúde organiza-se com a seguinte estrutura:

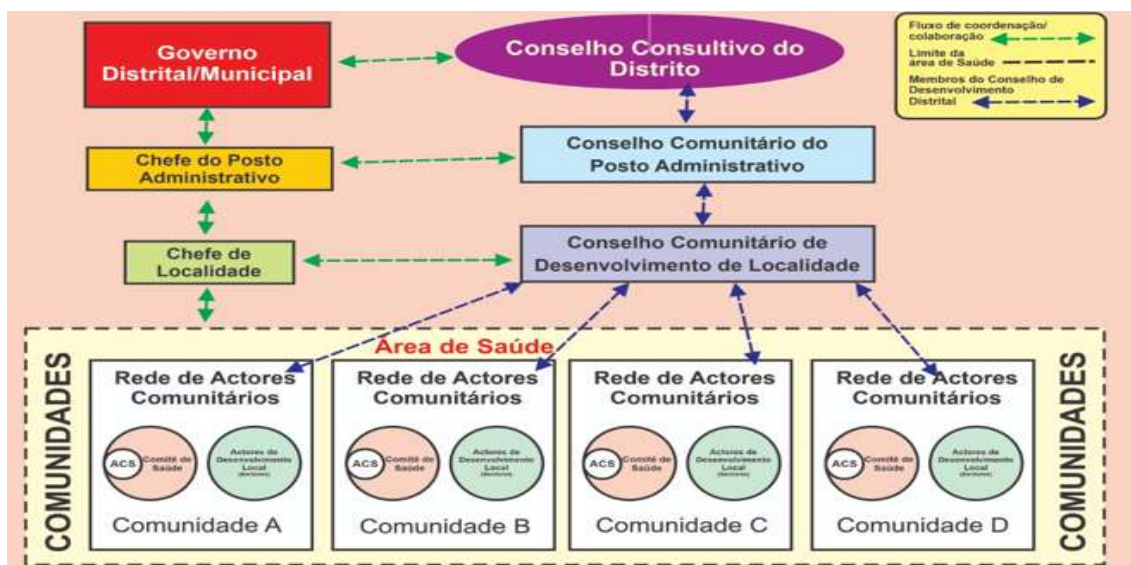
**Tabela 4. Organização do Subsistema Comunitário de Saúde**



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

Na figura seguinte se pode apreciar o organigrama hierárquico comunitário de desenvolvimento da comunidade.

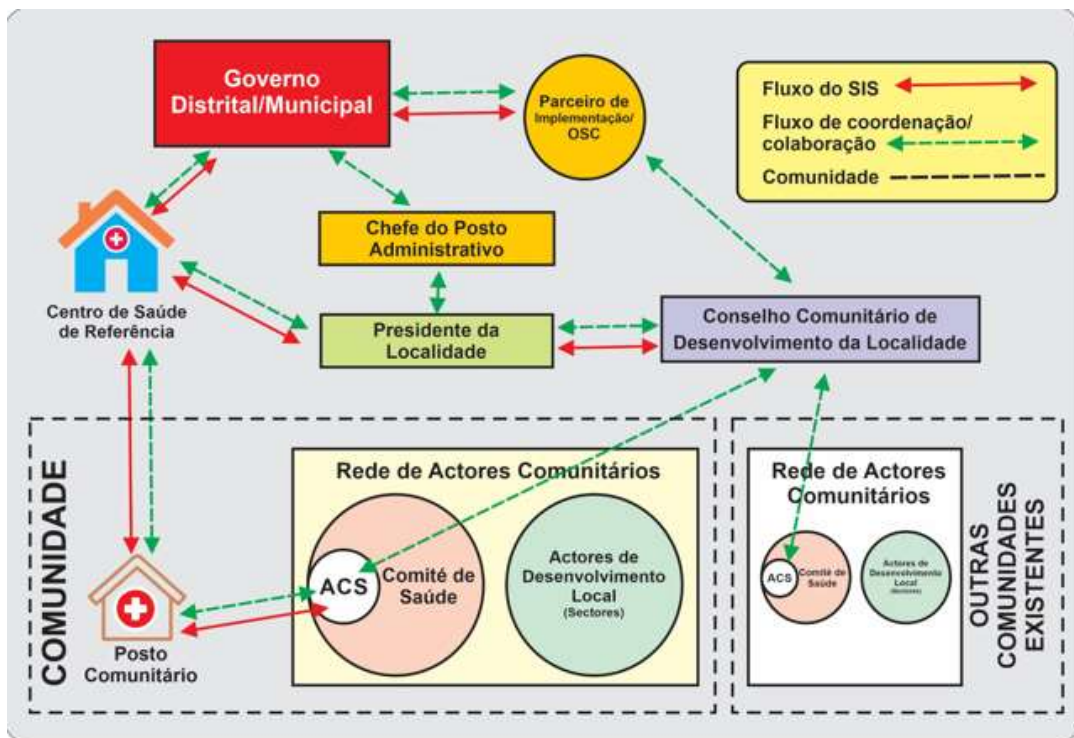
**Figura 2. Organigrama hierárquico comunitário**



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online (31).

Segundo a Estratégia, na alocação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser priorizadas comunidades compreendidas entre 500 e 2000 pessoas, e no caso de menos de 500 pessoas deve-se considerar juntar diferentes comunidades. Por outra parte, acima de 2000 pessoas, deve-se considerar a colocação de mais de uma equipa ACS.

**Figura 3. Inter-relação dos diferentes intervenientes para revitalização da Saúde Comunitária e os CSP**



Fonte: Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting, Maputo, Marco 2021. Não disponível online (31).

## BIBLIOGRAFIA

1. Simões, A. Projecto de Intervenção em Saúde Comunitária “Bem nascer, melhor crescer”. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt>
2. Doniak, F. Participação comunitária no processo de desenvolvimento local. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br>
3. Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: A Declaração de Alma Ata. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)
4. Rodrigues, F. Relatório de estágio intervenção na comunidade. Colectivo Fortalecimento da Comunidade (CEC). Disponível em: <https://comun.rcaap.pt>
5. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE). Mobilização Social. Disponível em: <https://iese.ac.mz>
6. Peruzzo, C. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. Disponível em: <https://casperlibero.edu.br>
7. Bartle, P. Material de formação sobre como fortalecer comunidades. O que é comunidade? Uma perspectiva sociológica. Disponível em: <https://cec.vcn.bc.ca/mpfc/modules/com>
8. Lobo, L. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. Disponível em: <https://core.ac.uk>
9. Boletim da República de Moçambique. I Série, nº27, de 12 de Julho de 1999. Lei nº10/99, de 7 de Julho. Disponível em: <https://gazettes.africa/archive/mz/1999/mz-government-gazette-series-i-supplement-no-4-dated-1999-07-12-no-27.pdf>
10. MISAU. Estratégia Nacional de Envolvimento Comunitário. MISAU. 2004. Disponível em: <https://gulela1.files.wordpress.com>
11. Thaimo, V. Envolvimento da Comunidade no projecto de desenvolvimento comunitário: Caso de estudo distrito de Inhassunge, 2018. Disponível em: <http://materialdidaticomoz.blogspot.com/2018/03/envolvimento-da-comunidade-no-projecto.html>
12. Furtado, J. Mobilização comunitária para a redução de risco de desastres. Disponível em: <https://www.ceped.ufsc.br/wp>
13. Garcia, J. Vigil, A. Manual de formação em Cuidados de Saúde Primários. Unidade 8. Medicus Mundi Moçambique. 2017. Não disponível online.
14. Rice, M. Padrões Mínimos da Prática da Educação em Saúde – Um projeto pioneiro. Disponível em: <https://core.ac.uk>
15. Da Silva, L. Saúde Comunitária: A participação numa Estratégia Reguladora. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream>

16. Hartmann, C. história da promoção da saúde e a "Carta de Ottawa descrita na integra" Disponível em: <https://www.unilogos.org/revista/wp>
17. OMS, Envolvimento comunitário Módulo5. Disponível em: <https://www.who.int>training>module-B5-pt>
18. Laboratório Nacional de Engenharia Civil. Participação da Comunidade em Processos de Desenho urbano e de Urbanismo. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/260187153\\_A\\_participacao\\_da\\_comunidade\\_e\\_em\\_processos\\_de\\_desenho\\_urbano\\_e\\_de\\_urbanismo\\_Levantamento\\_e\\_descricao\\_de\\_metodos\\_e\\_tecnicas](https://www.researchgate.net/publication/260187153_A_participacao_da_comunidade_e_em_processos_de_desenho_urbano_e_de_urbanismo_Levantamento_e_descricao_de_metodos_e_tecnicas)
19. MISAU. Plano estratégico do Sector Saúde PESS - 2014- 2019. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos>
20. Dos Santos, M. Hospitais de Primeira Referência Distrito de Saúde e Estratégias dos Cuidados Primários de Saúde em Moçambique. Disponível em: <https://run.uln.pt>
21. MISAU. Estratégia Nacional de Promoção da Saúde 2015-2019. Não Disponível online
22. OMS. Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários em África: Melhorar Saúde em África no novo Milénio. Disponível em: <https://docplayer.com.br>
23. OMS, Terceira Estratégia de Cooperação da OMS com Moçambique 2018-2022 Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/publications/terceira-estrategia-de-cooperacao-da-oms-com-mocambique-2018-2022>
24. Suzanne, T, interaide Projecto Água e Saneamento MEMBA. Capacitação da equipa educação para o terreno. Disponível em: [www.interaide.org](http://www.interaide.org)
25. USAID. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência. Disponível em: <https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2017/08/Kit-de-Implementacao.pdf>
26. Bandeira, A. Projectos de Inovação comunitária. Manual de suporte á implementação da metodológico. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp>
27. Garrido, P. Saúde, Desenvolvimento e factores institucionais. Disponível em: <https://www.wider.unu.edu/site>
28. Município de Maputo. Plano de Promoção da Saúde do Município de Maputo 2005-2019. Disponível em: [https://www.medicusmundimozambique.org/files/2018/02/Plan\\_Promo\\_Salud\\_CMMD\\_RAFT.pdf](https://www.medicusmundimozambique.org/files/2018/02/Plan_Promo_Salud_CMMD_RAFT.pdf)
29. Madziwa, A. Práticas de promoção da saúde e desafios em Moçambique. Vol. 2 | Nº. 11 | Ano 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/348480517\\_Praticas\\_de\\_promocao\\_da\\_sau\\_de\\_e\\_desafios\\_em\\_Mocambique](https://www.researchgate.net/publication/348480517_Praticas_de_promocao_da_sau_de_e_desafios_em_Mocambique)
30. Eusébio Chaquisse. Apresentação no HPG Meeting. Maputo. Marco 2021. Não disponível online.
31. MISAU (2020), Estratégia Nacional de Resposta Comunitária à COVID-19. Disponível em: <https://covid-19.ins.gov.mz>