

Território, participação social e saúde: identificação de atores centrais em uma rede comunitária em Betim-MG

Paloma Coelho¹ (Orcid: 0000-0001-9553-0036) (paloma.silva@fiocruz.br)

Júlia Vargas² (Orcid: 0000-0003-1029-6661) (juliavargasb.jv@gmail.com)

Zélia Profeta³ (Orcid: 0000-0002-0819-3025) (zelia.profeta@fiocruz.br)

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte-MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: O artigo visa analisar os atores locais de maior relevância/centralidade em uma comunidade de Betim-MG, abrangida por um projeto de mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya implementado na região. O estudo buscou identificar os atores com maior capacidade de mobilização social comunitária, dotados de laços de confiança, reciprocidade e pertencimento no território. A partir dos dados coletados em entrevistas de trajetória de vida com moradores, foi elaborado um sociograma dos atores locais mencionados para identificar aqueles que possuem maior relevância e identificação com a comunidade. Os resultados evidenciam que as instituições católicas e as escolas municipais são os atores com maior centralidade, com os quais a população estabelece relações de confiança, identidade e pertencimento. Trata-se de um contexto marcado por laços fortes e de proximidade entre familiares e vizinhança o que, somado à presença de lideranças e moradores que possuem grande popularidade ou vínculo com instituições centrais no território, pode ser mobilizado para aumentar a capilaridade das ações do projeto junto à população, estimulando a participação social na construção de estratégias de promoção da saúde na comunidade.

► **Palavras-chave:** Mobilização social em saúde. Arboviroses. Redes sociais. Capital social.

Recebido em: 15/11/2023

Revisado em: 06/04/2024

Aprovado em: 04/07/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350111pt>

Editora responsável: Daniela Savi Geremia

Pareceristas: Mauricio Monken e Elizabeth Jesus

Introdução

O ano de 2022 foi marcado pelo acirramento de um problema de saúde pública que atravessa o Brasil por quase quatro décadas: a ocorrência de dengue, que teve o maior número de casos e de óbitos no país, ultrapassando os números da última epidemia, vivenciada em 2015 e 2016, agravada pelo surgimento dos vírus zika e chikungunya. Nesse ano, ocorreram 1.450.270 casos prováveis de dengue (taxa de incidência de 679,9 casos por 100 mil hab.), um aumento de 162,5% de casos em comparação com 2021, e 1.016 óbitos, número maior desde 2015, quando o país registrou o recorde de 986 óbitos pela doença (Brasil, 2020; 2023). O aumento no número de casos também ocorreu em relação à zika – 9.204 casos prováveis registrados até a semana epidemiológica 48 (taxa de incidência de 4,3 casos por 100 mil habitantes), uma redução de 8,7% em relação a 2019, porém um aumento de 42% quando comparado com o ano de 2021 – e à chikungunya – 174.517 casos prováveis registrados em 2022 (taxa de incidência de 81,8 casos por 100 mil hab.), um aumento de 32,4% em comparação com o número de casos registrados em 2019 e de 78,9% em 2021 (Brasil, 2023).

São muitos os fatores associados à ocorrência das arboviroses no Brasil, o que faz com que as medidas voltadas especificamente para a contenção das doenças – como o controle químico e a eliminação dos focos do mosquito vetor – sejam insuficientes para evitar novos períodos epidêmicos. O clima tropical, quente e com chuvas intensas e prolongadas é um aspecto que contribui para o aumento da transmissão, especialmente nos primeiros meses do ano. E, no contexto atual, o aumento das taxas também foi favorecido pela redução das ações de prevenção em 2020 e 2021, em decorrência da pandemia de Covid-19. Entretanto, problemas estruturais, como a carência de infraestrutura urbana, sobretudo nas periferias dos grandes centros urbanos, dificultam que as ações de enfrentamento tenham um efeito mais duradouro, considerando que a falta de acesso adequado ao abastecimento de água e ao esgotamento sanitário, à drenagem de águas pluviais e à coleta regular de lixo contribuem para a proliferação das doenças. Outro desafio é o envolvimento da população nas ações de prevenção, que é reduzido consideravelmente quando não há campanhas dos órgãos de saúde. Vale mencionar ainda que, em 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), um instrumento que prevê as diretrizes, princípios, responsabilidades e estratégias de planejamento da vigilância

em saúde nos territórios por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os princípios da PNVS, constam o conhecimento dos territórios, a integralidade, a participação das comunidades, garantia do direito à informação e a descentralização político-administrativa na implementação da política (CNS, 2018).

Diante desse cenário, vem sendo desenvolvido, desde 2016, um projeto intitulado “Proposta de vigilância em saúde, de base territorial, visando ao fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento de dengue, zika, chikungunya e controle do *Aedes aegypti* em Minas Gerais” – chamada popularmente de “Vamo Junto? Enfrentando a dengue, zika e chikungunya” – que consiste na formação de comitês populares para definir e implementar estratégias participativas para o reconhecimento, análise e discussão sobre o território, visando à elaboração de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida que contribua para o planejamento de propostas de mobilização social para o controle do *Aedes aegypti* e para a criação de ambientes favoráveis à saúde. Os comitês possuem um(a) coordenador(a), escolhido pelos integrantes, e toda a atividade é realizada via plataforma *on-line*, criada para o desenvolvimento da proposta. Nela, os participantes encontram informações sobre as três doenças e orientações sobre as atividades a serem realizadas, intermediadas por tutores e pela equipe de pesquisa. O trabalho dos comitês consiste em realizar um diagnóstico do território, elaborar um planejamento de ações e acompanhar a sua implementação.

No intuito de estimular o envolvimento da comunidade, o grupo iniciou uma pesquisa para pensar em estratégias de mobilização e participação social por meio da inclusão de diferentes grupos e esferas sociais existentes nos territórios. O estudo visou analisar as redes sociais – família, amigos, vizinhança, associações comunitárias, movimentos de bairro, igreja, entre outras – de uma comunidade em Betim-MG, onde o projeto é desenvolvido atualmente, a fim de identificar as esferas sociais mais atuantes e com maior concentração de capital social que possam contribuir para o aumento da abrangência do trabalho dos comitês populares.

Este artigo tem como objetivo analisar os atores locais (instituições e pessoas da sociedade civil) que possuem maior relevância/centralidade no território e, logo, maior capacidade de mobilização de capital social comunitário. Identificar esses atores pode indicar as esferas sociais mais favoráveis ao estímulo da participação social por meio da utilização de recursos já existentes no território, como os laços de confiança, de reciprocidade e de pertencimento, e que podem se tornar elos de mediação para o

surgimento/fortalecimento de redes voltadas para demandas societárias, como as questões de saúde trabalhadas pelo “Vamo Junto?”. Na primeira seção, discutimos brevemente os conceitos de mobilização e participação social. Em seguida, buscamos contextualizar o território em que o estudo se centra, isto é, a Regional Alterosas da cidade de Betim/MG. Na terceira seção, apresentamos a metodologia do levantamento e análise das redes sociais e, por fim, discutimos os resultados da investigação.

Algumas considerações sobre a participação e a mobilização social

O debate em torno do conceito de participação social na literatura acadêmica é bastante amplo e se insere em um cenário interdisciplinar, sobretudo nos campos de estudo da sociologia e da saúde coletiva. O termo em si (participação social ou participação popular) apresenta vários sentidos e pode ser abordado sob diferentes perspectivas de acordo com o tipo de processo participativo, os objetivos e as instituições em que são desenvolvidos, os atores que se envolvem no processo e o grau de envolvimento dos participantes (OPAS, [sd]). Ou seja, a participação social vai além do campo da saúde, podendo ser desenvolvida em diferentes áreas, com diferentes objetivos, atores e instituições.

No entanto, as discussões sobre participação social no Brasil se ampliaram na década de 1990 (Rodrigues; Brasil, 2015) e desde então se centram, em grande medida, no campo da saúde coletiva, uma vez que “entre os setores da política social, o setor saúde foi o que mais intensa e precocemente incorporou os mecanismos de participação” (Oliveira; Dallari, 2011, p. 618). Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que previu uma série de direitos sociais e buscou assegurar o exercício da cidadania e da democracia brasileira, foi criado o SUS, que ampliou universalmente o acesso ao atendimento em saúde à população brasileira. O SUS é considerado a maior política de inclusão social do Brasil (Santos; Bastos, 2011) e é constituído por uma série de princípios que moldam sua estrutura descentralizada, universal e pública. Nesse sentido, a participação social se insere como um dos pilares do SUS, bem como o controle social, a universalidade, a integralidade e outros.

A década de 1990 também foi marcada por uma série de outras mudanças sociais de grande importância no Brasil e no mundo, especialmente no que concerne às “relações econômicas, políticas e institucionais, nacionais e internacionais, que sustentam a ação

dos governos na gestão das políticas públicas para a garantia de direitos” (Ribeiro, 2007, p. 1.526). Assim, grande parte dos estudos considera o debate em torno da participação social um “componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil [que] liga-se diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado” (Vianna, Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 243). Nesse contexto, a relação entre participação social, cidadania e democracia é ressaltada por diversos autores, sobretudo em função da constituição do SUS e da institucionalização das ações participativas. Ao falar de participação social, portanto, nos referimos não somente às ações participativas que por si só, ao menos em teoria, se constituem como processos democráticos em que os múltiplos atores participam dos processos decisórios e influenciam os resultados. Falamos também de todo um processo político e histórico de conquista de direitos, democratização e reconhecimento da importância da participação popular na arena pública. Desse modo, Coelho (2012) defende que a institucionalização da participação social como princípio “obrigou, ao menos teoricamente, à democratização das políticas e serviços de saúde e do debate sobre esta” (Coelho, 2012, p. 139). Para Ventura *et al.* (2017), o asseguramento da participação pela Constituição “constitui uma forma de realizar a democracia” (Ventura *et al.*, 2017, p. 908).

Assim, de modo geral, a participação social se refere à interferência da população nos processos decisórios, na elaboração e aplicação de políticas públicas, e na definição de ações diversas relacionadas aos serviços prestados pelo Estado. Na legislação brasileira, ela é contemplada como um dos princípios do SUS, e os conselhos e Conferências de Saúde são os espaços participativos institucionais definidos por lei. Contudo, além das formas institucionalizadas, isto é, conselhos e conferências, existem várias outras formas possíveis de participação social em saúde. Dentre elas, é possível mencionar as redes comunitárias (associações de moradores, grupos informais etc.), mutirões (organizados ou não pelo poder público), campanhas e manifestações. Escorel e Arouca (2016) também chamam a atenção para abaixo-assinados e petições online como formas de participação à distância que podem gerar coletividades difusas, mas ainda assim políticas. Coelho (2012) também considera que

[...] o processo de participação democrática constitui-se também por iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, e até a judicialização da saúde pode ser compreendida como um tipo de controle social, entre outros (Coelho, 2012, p. 140).

Ao propor a criação de comitês populares voltados ao enfrentamento das epidemias de dengue, zika e chikungunya, o “Vamo Junto?” se insere, portanto, como um espaço de estímulo e promoção à participação social. Nesse sentido, é importante considerar que diferentes atores são necessários nesse processo, uma vez que o envolvimento das pessoas nas ações participativas é essencial para que ela ocorra em prol do objetivo comum, de interesse da coletividade. Assim, identificar quem são esses atores e os vínculos que estabelecem entre si a partir das redes sociais na comunidade é fundamental para traçar estratégias mais efetivas de mobilização e participação. De acordo com Toro e Wernek (1996), “mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados” (Toro; Wernek, 1996, p. 5). A mobilização social consiste na convocação à participação das pessoas para um determinado processo que envolva objetivos coletivos. Ainda de acordo com esses autores, é fundamental não confundir mobilização social com divulgação ou propaganda, ainda que sejam necessárias, nesses processos, ações amplas e estratégicas de comunicação entre os membros e instituições da comunidade. Além disso, a mobilização deve ser construída como um processo contínuo para que seja eficaz. Participação e mobilização social, portanto, caminham juntas, visto que a participação “[...] é ao mesmo tempo meta e meio. Por isso, não podemos falar da participação apenas como pressuposto, como condição intrínseca e essencial de um processo de mobilização” (Toro; Wernek, 1996, p. 15).

O olhar sobre a dimensão do território também é peça chave no que concerne à efetividade das estratégias de mobilização e participação. Considerando que “a ‘saúde’ de determinado grupo social será sempre o resultado de processos histórico-culturais, e indicará acúmulos positivos e/ou negativos de recursos produtores de qualidade de vida” (Fernandes *et al.*, 2017, p. 3.174), ou seja, considerando saúde/adoecimento como processos socialmente determinados (Ribeiro, 2007), o olhar mais atento à dimensão particular das comunidades pode suscitar importantes estratégias de promoção da saúde por meio, inclusive, da participação social. A ordem local, então, se constitui como lugar privilegiado de interação e consolidação de vínculos, geração de capital social e potencial de transformação (Gohn, 2004), o que permite a elaboração de estratégias mais eficazes de promoção de saúde, qualidade de vida e solução de problemas compartilhados entre a comunidade. É nesse sentido que nos propomos aqui a investigar e mapear as redes sociais existentes

na comunidade dando ênfase ao território como estratégia para promover espaços efetivos de participação social.

Contextualizando o território

A cidade de Betim está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte e é um dos municípios mais populosos do estado. Desde os anos 1940, Betim se desenvolveu como um importante polo industrial na região, sobretudo a partir de iniciativas estatais e instalação de grandes empreendimentos fabris (Betim, 2023). Dados de 2022 apontam que o município possui cerca de 412 mil habitantes, com densidade populacional de 1.197,05 habitantes/km² (IBGE, 2023). A divisão administrativa da cidade é formada por dez regionais. Dentre elas, a Regional Alterosas, alvo deste estudo, é a mais populosa, sendo composta por 29 bairros. Destes, três foram selecionados para a realização da pesquisa e do projeto em função dos elevados índices de dengue, zika e chikungunya nos últimos anos dentro da Regional, sendo eles: Alterosas II, Cruzeiro do Sul e Duque de Caxias. Em 2010, os três bairros analisados somavam cerca de 30.200 habitantes, sendo o Alterosas II o mais populoso dentre eles (Coelho; Vargas; Profeta, 2023).

Metodologia

Foi realizada uma análise qualitativa das redes sociais, utilizando o método de trajetória de vida e a técnica de entrevista centrada no problema de pesquisa (Gonçalves; Lisboa, 1998) para compreender a forma como os indivíduos se inserem nas redes sociais, criando e rompendo vínculos ao longo da vida, a partir da análise dos eventos e dos condicionantes sociais da criação, manutenção e perda de vínculos. Explorou-se, ainda, a maneira como a inserção nessas redes favorece ou dificulta o acesso aos recursos, além das características do capital social e a sua variação ao longo da trajetória dos indivíduos.

De novembro de 2020 a janeiro de 2021, foram entrevistados 16 homens e 14 mulheres, com idade entre 20 e 70 anos: 13 moradores, ex-moradores ou trabalhadores do bairro Alterosas II, nove moradores, ex-moradores ou trabalhadores do bairro Duque de Caxias e oito moradores, ex-moradores ou trabalhadores do bairro Cruzeiro do Sul. Dos 30 entrevistados, 27 têm vínculo com um dos bairros por mais de 10 anos.

Os primeiros contatos foram feitos por meio do levantamento de lideranças locais realizado junto à administração da Regional Alterosas e do levantamento *online* das redes existentes no território. A partir daí, foi utilizada a técnica “bola de neve”, em que cada entrevistado indicou alguém da sua rede. Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro prévio com tópicos centrais, com enfoque nas redes de sociabilidade. Os temas se centraram na infância e nas vivências no bairro, formação escolar/acadêmica, trajetória profissional, relações familiares, relações de vizinhança e comunidade, relações de amizade, participação em grupos e associações, além da relação e percepção sobre o bairro. O número de entrevistas foi determinado pelo critério de saturação, quando se chegou a um ponto de repetição das informações que já não alterava a compreensão do fenômeno estudado.

A análise dos dados foi feita por meio das seguintes etapas, conforme proposto por Gonçalves e Lisboa (1998): codificação aberta, identificando as categorias que emergem das narrativas consideradas importantes para a análise; reorganização dos dados anteriores por meio da elaboração de novas categorias de acordo com cada dimensão de análise; elaboração de conceitos-chave para a análise e compreensão das experiências estudadas; análise e reconstrução das trajetórias de sociabilidade dos entrevistados.

A partir das entrevistas, as lideranças locais, instituições, órgãos públicos e privados, figuras políticas, dentre outros atores e redes foram identificados através das menções feitas pelas pessoas entrevistadas. Essas menções foram listadas e organizadas em um banco de dados, considerando também o tipo de vínculo referido. Isto é, se os entrevistados afirmavam possuir conexões diretas ou indiretas, passadas ou presentes com as redes e atores citados nas entrevistas. Essa etapa permitiu não só observar a relevância de cada rede/ator, como também as conexões entre pessoas entrevistadas, pessoas mencionadas e instituições. Assim, buscando mapear essas conexões e tornar as redes graficamente visíveis, os dados foram inseridos no *software* NetDraw, que possibilitou a representação gráfica (sociogramas) das conexões entre os atores, como será descrito na próxima seção.

Os resultados não têm a pretensão de reduzir a complexidade das dinâmicas societárias do universo estudado, pois a análise diz respeito às relações sociais de uma parcela de moradores, não refletindo a totalidade das redes sociais dessa comunidade. Outro aspecto importante, que diz respeito ao caráter qualitativo da análise das redes, é que na entrevista de trajetória de vida os vínculos estabelecidos

entre os entrevistados são qualificados por eles, por sua percepção de proximidade, intensidade e relevância. Ou seja, as características dos vínculos são evidenciadas a partir da maneira como o entrevistado situa o contato/ator na sua rede ao longo da vida, já que eles tendem a mencionar as redes e os vínculos mais significativos. Logo, é possível identificar as redes que abrigam as relações de maior proximidade e confiança dos indivíduos, bem como os atores que possuem maior relevância e identificação com a comunidade.

Os nomes dos atores locais foram omitidos para resguardar a sua identidade. Os procedimentos de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais (parecer nº 3.324.161).

Resultados e Discussão

A primeira experiência do projeto ocorreu em 2016, em parceria com a Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais, que apresentava a proposta às escolas e essas cediam o espaço e infraestrutura para as reuniões dos comitês, formados por funcionários e alunos, mas abertos à participação da comunidade local. Foram criados 54 comitês, em 43 municípios do estado, totalizando 462 integrantes cadastrados na plataforma virtual.

Os resultados dessa fase apontaram o projeto como promissor para uma ação de vigilância em saúde mais abrangente, com potencial para envolver a população na resolução de problemas de saúde pública com base em um olhar contextualizado, atento às especificidades locais por considerar o território e as territorialidades como elementos centrais no planejamento e execução das atividades (Silveira, 2020). Mais ainda, o projeto propõe, por meio da sua plataforma online, uma ferramenta tecnológica que pode ser utilizada para diferentes fins, tais como a formação em saúde, grupos de discussão sobre o tema em tempo real, ao mesmo tempo em que corresponde a uma solução viável e econômica para a vigilância em saúde em territórios distintos, considerando as características demográficas de um estado diverso como Minas Gerais.

No entanto, a centralidade nas escolas trouxe algumas limitações ao projeto, como certa restrição à comunidade escolar (alunos e funcionários) e o condicionamento das atividades ao calendário letivo, implicando a interrupção de atividades em períodos de férias e greves, por exemplo (Silveira, 2020). Assim, a partir das questões que

emergiram dessa primeira experiência é que propusemos a pesquisa para identificar atores e redes sociais nos territórios, buscando levantar elementos relevantes para a elaboração de estratégias efetivas de participação social e ampliação do projeto.

Uma proposta de ação territorializada pressupõe a concepção do território como sujeito da ação coletiva, de maneira que as intervenções não são pensadas como algo que incide sobre um dado local, mas que emergem do contexto, dos aspectos socioculturais que lhes são característicos. São ações endógenas orientadas a partir do plano local, levando em conta que, embora as transformações sociais dependam de uma estrutura macrossocial, é no território que as políticas se materializam conforme o cotidiano de vida da população. Nesse sentido, ao invés de um projeto elaborado por órgãos ou atores externos para ser executado nas comunidades, a estratégia seria o fortalecimento e a organização local com base na otimização de recursos preexistentes, capazes de criar laços de pertencimento e de identidade sociocultural e política (Gohn, 2004; Muls, 2008).

São os recursos locais que atribuem diversidade aos territórios, resultado das interações sociais mediadas pelo espaço (territorialidades). A teia de relações interpessoais que se desenha no espaço produz os recursos sociais e simbólicos que conferem sentido ao território. Por isso, conhecer os diversos atores locais e as suas interações permite a compreensão das dinâmicas territoriais e, no caso desta pesquisa, nos interessa identificar os pontos de concentração de capital social, que são as esferas sociais que são fonte de solidariedade, reciprocidade e coesão social, geradoras de autoconfiança entre os atores – indivíduos, grupos e instituições.

São atores vistos pela comunidade como representativos do território em função da sua carga simbólica, uma vez que carregam (e também constituem) as normas, crenças e valores que definem a identidade local: escolas, centros de saúde, igrejas e outras organizações religiosas, centros e associações comunitárias, empresas privadas, grupos culturais e esportivos, representantes políticos (vereadores, deputados, prefeito), lideranças comunitárias (formais e informais) e moradores antigos são exemplos de atores que compõem as redes sociais locais.

Compreende-se a rede social como um conjunto de pessoas que interagem em função de valores e interesses comuns, construindo uma relação relativamente constante e duradoura (Bourdieu, 2007; Marteleto, 2001). A densidade e qualidade dessas redes determina o estoque de capital social existente em um território.

Entretanto, de acordo com Muls (2008), o fator mais importante em um projeto de desenvolvimento local não é necessariamente o volume de capital social preexistente em uma comunidade, mas a sua capacidade de ser fortalecido para otimizar redes sociais voltadas para a ação coletiva. Quanto maior o grau de coesão das redes de um território, maior a possibilidade de aumentar o seu estoque de capital social e, conseqüentemente, maior a capacidade de construir estratégias territoriais autônomas. Por isso, a identificação das redes existentes e de seus atores centrais pode indicar a possibilidade de novos espaços de mobilização social que favoreçam o intercâmbio de recursos materiais e simbólicos necessários para modificar as condições de vida de uma população:

É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social (Gohn, 2004, p. 24).

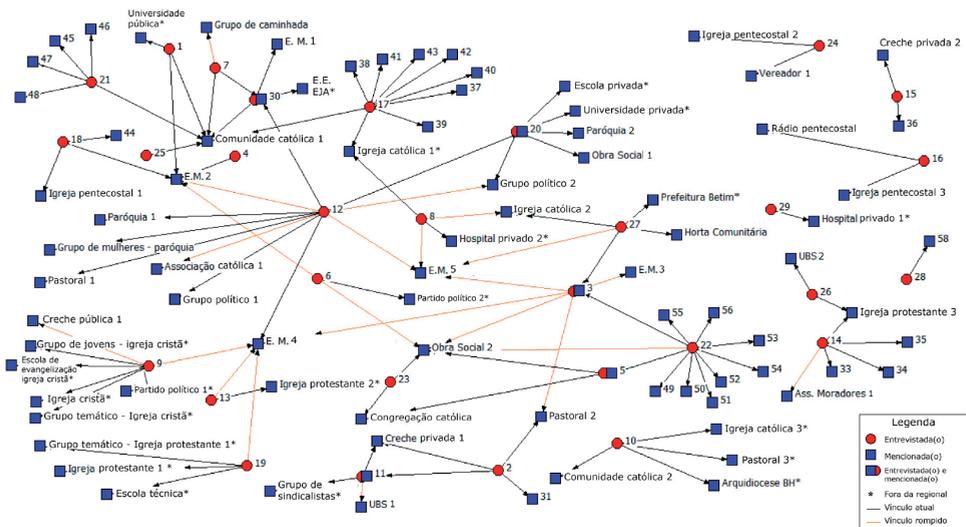
A associação entre os atores locais e a relação de confiança que os moradores estabelecem com eles foi analisada por meio da topologia das redes estudadas, entendida como “descrição e detalhamento de um local por intermédio da distribuição dos nós e das ligações em uma rede” (Jesus, 2015, p. 18), para, em seguida, identificá-las e categorizá-las com base no número de menções feitas aos atores pelos entrevistados. O número de menções indica a centralidade dos atores no território, no sentido da relevância social que eles possuem, assumindo, muitas vezes, um papel de referência na comunidade. São pessoas populares e ativas que exercem um poder de influência local por disporem de informações e recursos (capital social), tornando-se mediadoras indispensáveis dentro de uma rede. A centralidade de um ator pode ser apreendida a partir do número de contatos que ele possui, da proximidade em relação aos demais membros da rede e da intermediariedade, que corresponde à posição do ator na rede que viabiliza a conexão com outros atores (Godechot, 2015).

Durante a análise das entrevistas, notou-se que os moradores das regiões investigadas, ao descrever as redes sociais que constituíam as suas vivências no território, citaram vários atores locais – instituições e pessoas que atuam na

comunidade –, muitos deles em comum. Assim, foi feita a sistematização desses atores, criando categorias a partir da maneira como eles foram mencionados pelos entrevistados: atores com os quais possuem vínculos atuais, atores cujos vínculos já foram rompidos, atores apenas citados em função da relevância na comunidade e, por fim, atores de dentro ou de fora da Regional Alterosas. Os dados sistematizados resultaram em um sociograma da rede de atores locais, elaborado por meio do *software* NetDraw, que possibilita analisar a sua relevância/centralidade no território. O sociograma é uma representação gráfica das relações sociais de uma rede a partir da localização dos atores, permitindo identificar aqueles que ocupam posições estratégicas e, por isso, são mais proeminentes, concentram maior volume de recursos e informações e, conseqüentemente, maior poder de influência (Jesus, 2015).

A Figura 1 consiste no sociograma da rede estudada com base nos vínculos diretos citados pelos entrevistados, atuais e já rompidos:

Figura 1. Rede de vínculos diretos



Fonte: elaboração própria.

Nessa rede, o entrevistado 12 (E12) é quem possui o maior número de vínculos com instituições no território, sendo a maioria ligada à Igreja Católica (nove

vínculos - cinco atuais e quatro rompidos). Dentre os vínculos atuais, há pessoas ligadas à Comunidade Católica 1 (uma), à Paróquia 2 (uma); à Obra Social 1 (uma); e duas pessoas pertencentes a instituições católicas fora da Regional Alterosas. As instituições católicas locais são as que os entrevistados possuem maior ligação – 16 deles¹ possuem vínculos atuais ou rompidos com alguma igreja ou algum grupo a ela ligado na Regional Alterosas, entre frequentadores, pessoas que exercem alguma função ou cargo religioso e (ex)trabalhadores/prestadores de serviço com vínculo empregatício.

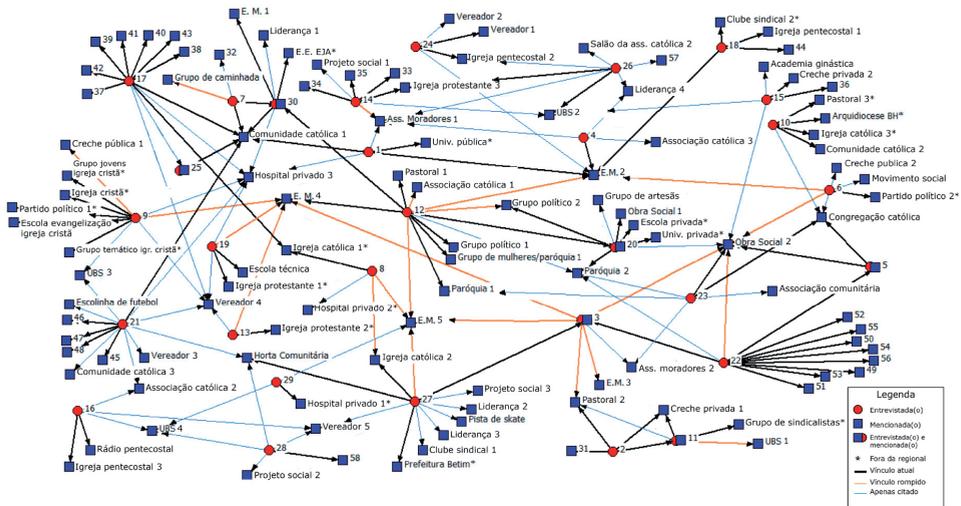
São poucos os entrevistados que possuem vínculo com instituições católicas fora da Regional Alterosas – E10 (três) e E20 (duas). Por outro lado, o entrevistado que mais possui vínculos com instituições externas à Regional Alterosas é evangélico e, além da igreja que frequenta, mantém vínculos com instituições diversas fora do local de moradia, como partido político, associação filantrópica e empresas privadas (E9).

As escolas locais também aparecem em um número considerável como instituições com as quais os entrevistados mantêm ou já tiveram algum vínculo (13).² Por outro lado, dois entrevistados ocupam posições mais isoladas na rede estudada: E29 aparece apenas com um vínculo com uma instituição privada (Hospital Privado 1), que é externa à Regional Alterosas. E E28 só menciona vínculo com uma pessoa, não mencionando nenhum vínculo com alguma instituição.

De modo geral, as instituições católicas e as escolas são as que concentram o maior número de vínculos na comunidade. A igreja católica possui vários órgãos e grupos a ela ligados que contribuem para a extensão das redes no território: paróquias, pastorais, grupos de discussão (grupo de mulheres; grupo político 2), congregações, grupos de obra social. Já as igrejas evangélicas aparecem como vínculos individuais – estabelecidos apenas com o entrevistado – e, geralmente, não possuem outras instituições e grupos associados, como há na Igreja católica.

Outra forma de identificar os atores centrais no território estudado foi verificar as instituições e pessoas com as quais os entrevistados nunca tiveram nenhum vínculo, mas foram citadas por eles, dada a sua importância e/ou atuação na comunidade, como mostra a Figura 2:

Figura 2. Rede de vínculos diretos e atores mencionados



Fonte: elaboração própria.

As instituições com maior centralidade por número de menções são: Hospital Privado 3 (seis); UBS 4 (três); Horta Comunitária (duas) e Associação de Moradores 2 (duas). Quando considerado o número de contatos e menções, as instituições com maior centralidade são: Obra Social 2 (2 vínculos atuais; 3 vínculos rompidos; 2 menções); Comunidade Católica 1 (6 vínculos atuais; 1 menção); E.M. 2 (3 vínculos atuais e 2 rompidos; 1 menção); E.M. 5 (4 vínculos rompidos; 1 menção); E.M. 4 (4 vínculos rompidos e 1 atual); Congregação Católica (2 vínculos atuais; 2 menções); Paróquia 2 (1 vínculo rompido e 3 menções); Associação Moradores 1 (1 vínculo rompido e 3 menções).

Ao contrário do esperado, as unidades de saúde, com as quais os moradores geralmente possuem grande identificação por sua atuação local e proximidade da população, não possuem muita expressividade no território estudado: UBS 2 (1 vínculo rompido e 2 menções); UBS 3 (2 menções); UBS 1 (1 vínculo rompido).

Já as pessoas com maior centralidade na rede estudada foram: Vereador 4 (5 menções); Vereador 5 (3 menções); Liderança 4 (2 menções).

A análise das redes identificadas nas entrevistas de trajetória de vida⁴ revelou uma maior concentração de relações interpessoais na esfera da sociabilidade primária (família, amigos e vizinhança) e baseados em laços fortes, pautados em regras de

reciprocidade, confiança, solidariedade e pertencimento. A configuração dessa rede evidencia uma maior dificuldade da comunidade em estabelecer laços fracos, que são determinantes para a organização e ação comunitária. De acordo com Granovetter (1973), diferentemente dos laços fortes, que se caracterizam pela intimidade e proximidade, os laços fracos, típicos de relações impessoais, como as que se dão na esfera de sociabilidade secundária (trabalho, instituições públicas e privadas, espaços associativos, entre outros), são os que mais favorecem a circulação de informações diversificadas que viabilizam oportunidades para os integrantes de uma rede social. Isso porque, segundo o autor, as pessoas com quem estabelecemos laços fracos são as mais propensas a acessar redes diferentes das nossas, adquirindo, conseqüentemente, informações distintas das que recebemos. Logo, as relações pautadas por laços fracos são as que mais propiciam a disseminação de informações, a mobilização de recursos e a organização comunitária.

O que a literatura aponta como estratégia para os projetos de desenvolvimento local é a combinação entre os laços fortes no interior da comunidade e os laços fracos extracomunitários por meio do estabelecimento de relações entre os atores locais e setores importantes da comunidade externa, constituindo redes híbridas que unem o saber social ao saber técnico e científico – comunidades, governo, organizações civis e instituições científicas (Jesus, 2015; Martins; Fontes, 2004; Muls, 2008). Definidas como socioinstitucionais, essas redes associativas diversificadas utilizam as fontes de solidariedade locais, como movimentos de bairro, igrejas, grupos de mães, de vizinhos, amigos e familiares para capilarizar as informações e mobilizar os recursos para novas redes, formando uma “rede de redes”, a chamada “relé social” (Fontes, 2004).

A relé social atua como ponte, fazendo a mediação entre as redes preexistentes nos territórios e outras pertencentes a círculos sociais (e territoriais) distintos, renovando, assim, o seu conteúdo. Como resultado, tem-se a formação de redes heterogêneas, uma vez que nas periferias urbanas as redes sociais tendem a um elevado grau de homofilia (estabelecimento de vínculos entre indivíduos que possuem atributos comuns), ao localismo (formadas predominantemente por contatos localizados na mesma região ou lugar de moradia) e à concentração de vínculos nas redes primárias (Marques, 2010).

Por serem um canal de circulação de ideias, bens, poder e informação entre diversos atores – indivíduos, organizações e entidades –, as redes sociais são transmissoras de capital social: conjunto de recursos (reais e potenciais) de que os indivíduos dispõem

em suas redes e que lhes dão acesso a uma série de vantagens e oportunidades (Bourdieu, 2007). Desse modo, o valor dessas redes não está no recurso em si, mas no conteúdo e no acesso que elas viabilizam a esses ativos (Recuero; Zago, 2011).

Na experiência do “Vamo Junto?”, o acesso à informação e ao conhecimento em saúde é a principal fonte de capital social gerada para as pessoas envolvidas na mobilização social. Ao deslocar a exclusividade do Estado na realização de ações de promoção da saúde em âmbito local, o projeto instrumentaliza a população para a participação e para a atuação na esfera pública por meio da mobilização de recursos, nesse caso, a informação e o conhecimento em saúde. Isso contribui para que a população, dotada desses recursos, amplie o capital social, o que poderá resultar em outros níveis de ação, como o fortalecimento comunitário, aumento da coesão e estímulo para a mobilização em prol da aquisição de outros recursos e direitos sociais.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que no território estudado as instituições católicas e as escolas municipais são os atores institucionais de maior relevância/centralidade, com os quais a população estabelece relações de confiança, identidade e pertencimento. A significância social e simbólica dessas duas instituições sugere a possibilidade de utilizá-las como redes de mediação para aumentar a capilaridade das ações dos comitês populares junto à população, tendo em vista o seu potencial de mobilização do capital social comunitário. Historicamente, as igrejas são importantes redes de estímulo à participação em outros espaços de sociabilidade, principalmente do tipo associativas, como associações de bairro e ONGs locais (Fontes, 2004). Especialmente nas periferias, o padrão associativo se caracteriza pela ínfima participação em associações de caráter político-econômico – próprias do mundo do trabalho e de instâncias formais de representação de interesses – e de lazer, em oposição à centralidade da associação de base religiosa (Lavalle; Castello, 2004).

Outra estratégia interessante para ampliar a participação social é mobilizar pessoas com grande popularidade e/ou que possuem vínculo com alguma instituição de grande centralidade no território. É o caso do E30, que é ligado à Comunidade Católica 1, uma das instituições mais mencionadas e com o maior número de vínculos atuais na rede estudada. No caso dos atores da sociedade civil com relevância social no território, a rede estudada aponta para a popularidade de dois vereadores e da presidente de uma associação de bairro. Entretanto, as entrevistas revelaram uma visão negativa da comunidade em relação à política institucional e às instâncias formais de participação, como as associações de bairro, dada à capilarização do

poder dessas instituições pelos atores políticos. Esse dado sinaliza que, no contexto estudado, os atores institucionais mais apropriados para as ações de mobilização social são aqueles de maior relação de confiança e de pertencimento, no caso as escolas e as igrejas, sobretudo as católicas.

Cabe ressaltar que, embora outras redes não tenham sido mencionadas pelos entrevistados, como aquelas relacionadas ao campo da cultura, reconhecemos a importância de identificá-las e compreender o seu funcionamento, dado o seu potencial de promover a capilaridade de recursos essenciais para a mobilização social no território, como comunicação, aspectos identitários, pertencimento e laços de solidariedade. Por isso, a pesquisa pretende, na próxima etapa, aprofundar na análise das redes sociais, por meio de um estudo etnográfico, para identificar as redes que não foram possíveis de explorar apenas nas entrevistas de trajetória de vida. A etnografia permitirá a compreensão dos usos e das dinâmicas das redes locais, o que só é possível com a imersão na vida social, onde se manifestam os códigos de reconhecimento e os laços de reciprocidade, passíveis de apreender somente nas relações face-a-face e no contexto de funcionamento das redes.

A compreensão desses fatores contribui para a identificação do ambiente mais adequado para a formação de redes sociais de acordo com a realidade local, resultando no fortalecimento dos vínculos sociais, no aumento do capital social da comunidade e no empoderamento para tratar de demandas societárias. Empoderamento comunitário aqui remete a um processo de capacitação de atores individuais ou coletivos de uma comunidade, por meio de processos participativos, para a articulação de interesses coletivos, conquista de direitos e execução de ações que visam influenciar a atuação do Estado e alcançar objetivos voltados para o bem-comum (Baquero, 2012).

Embora o termo empoderamento tenha sido criticado por reforçar a autoridade científica e política do saber institucionalizado, crítica com a qual concordamos, aqui o conceito é empregado não no sentido de dar poder ao outro, colocando indivíduos ou grupos na posição de objetos de uma intervenção, como incapazes de exercer o poder por eles mesmos; ao contrário, como afirma Rute Baquero (2012), parte-se do empoderamento comunitário no verbo intransitivo, ou seja, criar estratégias que auxiliem indivíduos, organizações e comunidades a desenvolver habilidades e adquirir recursos para a obtenção de poder por si mesmas. Consequentemente, a alocação desses recursos amplia a capacidade dos sujeitos para lidar com os negócios

públicos, conferindo autonomia e maior protagonismo na esfera pública para reivindicações relacionadas ao bem-estar social.

Considerações finais

O estudo buscou identificar e mapear os atores centrais de uma rede social de uma comunidade na Regional Alterosas em Betim/MG. O olhar para o território e para os laços constituídos entre os agentes locais, bem como suas redes e conexões, nos permitiu identificar as relações de confiança, de influência e de concentração de capital social naquele contexto. A pesquisa, inserida no projeto “Vamo Junto?”, que propõe a criação de comitês populares para enfrentamento da dengue, zika e chikungunya com base em ações territorializadas e elaboradas pela própria comunidade, demonstrou como, neste caso, as igrejas católicas e escolas da região são as instituições que concentram maiores vínculos com a população local, assim como outras lideranças e moradores dos bairros analisados. Os dados, obtidos por meio de entrevistas e estruturados em sociogramas, indicam também que aquele se trata de um contexto marcado por laços fortes e de proximidade entre familiares e vizinhança. Essas informações, aliadas aos relatos e trajetórias de vida dos interlocutores, permitem um entendimento mais amplo e sistematizado das redes sociais locais e das possibilidades e potencial de mobilização entre os atores a partir de suas próprias relações. Assim, esperamos também, a partir deste estudo, contribuir com a proposição de metodologias e formas de análise que visem ao território e à participação social como elementos-chave para a construção de estratégias de promoção da saúde nas comunidades.³

Referências

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan.-abr. 2012.

BETIM. Formação Histórica. *Prefeitura de Betim*, 2023. Disponível em: <<https://www.betim.mg.gov.br/porta1/servicos/1002/formacao-historica/>>. Acesso em: set. 2023.

BOURDIEU, P. O capital social – notas provisórias. In: BOURDIEU, P. *Escritos de educação*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbito por arboviroses no Brasil, 2008 a 2019. *Boletim Epidemiológico*, v. 51, n.33, ago. 2020. Disponível em: <<http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-33-2020.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 52 de 2022. *Boletim Epidemiológico*, v.54, n.1, jan.2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-01/view>>. (acesso em: 9 fev. 2023).

CNS. Resolução n. 588/2018. Conselho Nacional de Saúde (CNS), 12 jul. 2018. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2023.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde soc.* [online], v. 21, s. 1, p. 138-151. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/?lang=pt>>. Acesso em: 04 dez. 2024.

COELHO, P.; VARGAS, J.; PROFETA, Z. Relevância das redes sociais na mobilização social para o enfrentamento de arboviroses no Município de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 7, p. 1-13. 2023.

SCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40 (especial), p. 39-48. 2016.

FERNANDES, V. R. *et al.* O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3173-3181. 2017.

FONTES, B. A. S.-M. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de redes de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. A. S.-M. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2004. p. 121-142.

GODECHOT, O. Interpretar as redes sociais. In: PAUGAM, S. *A pesquisa sociológica*. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 270-289.

GOHN, M. da G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-ago. 2004.

GONÇALVES, R. de C.; LISBOA, T. K. Trajetórias de Vida: visibilizando e reconstruindo a história das Mulheres. In: Seminário fazendo gênero 3, 1998, Florianópolis. *Anais...* Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/G/Goncalves-Lisboa_42_10.pdf> (acesso em: 8 mar. 2023).

GRANOVETTER, M. S. La fuerza de los vínculos débiles. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

IBGE. Cidades: Betim. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, 2023. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>> Acesso em: 18 set. 2023.

JESUS, M. de S. *Comunicação e fluxo da informação para governança de políticas públicas: estudo de caso da rede sociotécnica da região Serrana no Distrito Federal*. 2015. 71f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade de Brasília, Brasília.

- LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G. As benesses deste mundo: associativismo religioso e inclusão socioeconômica. *Novos Estudos*, n. 68, mar. 2004, p. 73-93.
- MARQUES, E. *Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP/ Centro de Estudos da Metrópole, 2010.
- MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan.-abr. 2001.
- MARTINS, P. H.; FONTES, B. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, p. 103-120.
- MULS, L. M. Desenvolvimento local, espaço e território: o conceito de capital social e a importância da formação de redes entre organismos e instituições locais. *Revista Economia*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 1-21, jan.-abr. 2008.
- OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. *Saúde soc.* [online], v. 20, n. 3, p. 617-624, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dkdGf9vfWkNdSTJF8gZdhCQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 dez. 2024.
- OPAS. Participação social. *OPAS/OMS Brasil* [sd]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748> Acesso em: 15 jan. 2021.
- RECUERO, R.; ZAGO, G. A economia do *retweet*: redes, difusão de informações e capital social no Twitter. *Anais... XX Encontro da Compós*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 14 a 17 jun., 2011.
- RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.12, n.6, p. 1525-1532. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hnXh6mw9CSjmwXkxD3KJNpt/?lang=pt>>. Acesso em: 04 dez. 2024.
- RODRIGUES, E. A. S.; BRASIL, F. P. D. A participação social na perspectiva dos atores de uma rede social comunitária: um estudo de caso. *Saúde Soc.*, v. 24, n. 1, p. 374-384, 2015.
- SANTOS, C. C. S.; BASTOS, R. L. Participação social: A construção da democracia na saúde brasileira. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 24, n. 3, p. 266-273, 2011
- SILVEIRA, D. C. *Mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya*: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial. Tese (Doutorado)- Fundação Oswaldo Cruz/Instituto René Rachou. Belo Horizonte-MG, 2020.
- TORO, J. B.; WERNEK, N. M. D. F., *Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação*. Brasília: UNICEF Brasil, 1996.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface*, v. 2, n. 63, p. 907-20. 2017.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, ano 11, n. 21, p. 218-251, 2009.

Notas

¹ E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E12; E17; E20; E21; E22; E23; E25; E27; E30.

² E1; E3; E4; E6; E8; E9; E10; E12; E13; E18; E19; E27; E30.

³ P. Coelho: concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. J. Vargas: análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Z. Profeta: concepção do estudo, redação e revisão crítica do artigo.

Abstract

Territory, social participation, and health: identification of key actors in a community network in Betim, Minas Gerais, Brazil

The article aims to analyze the most relevant/central local actors in a community in Betim, Minas Gerais, Brazil, involved in a social mobilization project to address dengue, zika, and chikungunya implemented in the region. The study aimed to identify the actors with the most significant capacity for community social mobilization, equipped with bonds of trust, reciprocity, and belonging in the territory. Based on the data collected from life trajectory interviews with residents, a sociogram was created of the local actors mentioned to identify those with greater relevance and connection to the community. The results show that Catholic institutions and municipal schools, as the actors with the greatest centrality, play a significant role in the community, fostering relationships of trust, identity, and belonging with the population. This is a context marked by intense and close ties among family members and neighbors, which, combined with the presence of leaders and residents who have significant popularity or connections with central institutions in the territory, can be mobilized to increase the outreach of the project's actions among the population, encouraging social participation in the development of health promotion strategies within the community.

► **Keywords:** Social mobilization in health. Arboviruses. Social networks. Social capital.

