

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE – PPGPS
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Daniela Queiroz Carneiro

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SANEAMENTO E SAÚDE NA
COMUNIDADE RURAL DE CAFÉ CAMPESTRE/CE**

Brasília
2023

Daniela Queiroz Carneiro

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SANEAMENTO E SAÚDE NA
COMUNIDADE RURAL DE CAFÉ CAMPESTRE/CE

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Políticas Públicas em
Saúde. Área de concentração: Políticas
Públicas em Saúde.

Orientadora: Dra. Juliana Wotzasek Rulli
Villardi

Brasília
2023

C289r Carneiro, Daniela Queiroz.
Representações sociais sobre saneamento e saúde na comunidade rural de
Café Campestre/CE / Daniela Queiroz Carneiro. -- 2023.
134 f. : il.color, fotos.

Orientadora: Juliana Wotzasek Rulli Villardi.
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo
Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.
Bibliografia: f. 124-129.

1. Saneamento Rural. 2. Saúde da População Rural. 3. Representação
Social. 4. Saneamento Rural. I. Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília

Daniela Queiroz Carneiro

**Representações Sociais Sobre Saneamento e Saúde na Comunidade Rural de Café
Campestre/CE.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo
Fiocruz como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Políticas Públicas em
Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão
em Saúde.

Aprovado em 30/03/2023

BANCA EXAMINADORA

pl Juliana Prof.
Dr.(a) Denise Oliveira e Silva (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
1º(a) Examinador(a)

pl Juliana Prof.
Dr.(a) Gustavo Carvalhaes Xavier Martins Pontual Machado (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
2º(a) Examinador(a)

Juliana Prof.
Dr.(a) Juliana Wotzasek Rulli Villardi (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)
Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a))

pl Juliana Prof.
Dr.(a) Alexandre Pessoa Dias (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
Suplente

Dedico este trabalho à minha filha, razão da minha vida; ao meu companheiro pela partilha da vida e aos meus pais pela dedicação de uma vida aos filhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, foram inspiração e apoio para que eu pudesse concluir esse desafio:

Primeiramente a Deus, meu guia e fonte maior de força e fé em todos os momentos da vida. Ele me faz esperar sempre.

À minha orientadora, Dra. Juliana Wotzasek Rulli Villardi, por toda paciência, e sentido prático com que me orientou e pela tranquilidade e empatia com que acolheu e serenou minhas angústias e, por vezes, minha insegurança em continuar. Obrigada por todo apoio, confiança e incentivo.

Aos moradores de Café Campestre, em especial, aos que participaram diretamente da pesquisa, pelo acolhimento, confiança e disponibilidade em contribuir com nosso estudo.

À toda equipe da coordenação do mestrado, pelo apoio, cuidado e empenho em obstar ou minimizar os efeitos da pandemia da COVID-19 durante a nossa trajetória. Gratidão por terem nos mantidos coesos e focados em período tão turbulento, incerto e caótico. De fato, “Ninguém soltou a mão de ninguém”.

Aos meus colegas de Núcleo de Aprendizagem e Estudo (NAE), Saberes da Resistência, pela partilha de tantos sentimentos, momentos e saberes.

Ao meu companheiro, Alberto Marciano e à minha filha, Amanda, por compreenderem minhas ausências e afastamentos, pelo incentivo para que eu continuasse, todas as vezes que pensei em desistir. Não menos importante, por TODA paciência e compreensão com meus picos de estresse.

Aos meus pais, Ernani e Maria Aurice, fontes de equilíbrio e porto seguro nos momentos incertos. Gratidão pelo afeto, serenidade e sabedoria envolvidos no cuidado com nossa família e pelo apoio e incentivo que me fizeram chegar até aqui.

À minha irmã, que segurou as pontas, redobrando a atenção com nossos pais para que eu concluísse essa travessia.

À Superintendência Estadual da Funasa pela compreensão e pelo apoio. À equipe da Divisão de Saúde Ambiental por compreender o meu distanciamento durante esse período e pela competência e compromisso com que sempre desenvolveram as atribuições do setor. Em especial, à Marleuda por toda disponibilidade e colaboração sempre que busquei e à Elvira, companheira nessa jornada de mestrado, pela partilha das dores e delícias dessa caminhada.

“Na prática nem tudo é consumido na temperatura em que é cozinhado nas acaloradas discussões teóricas” (Otto Peters).

“Eu nasci e me criei na agricultura, me aposentei como agricultor, eu não tenho que ter orgulho disso? Claro que sim. Agora porque você é doutor e eu agricultor, eu vou amaldiçoar minha arte? Não, que que é isso? Eu aprendi e vivi nessa terra” (P3)

RESUMO

A compreensão de que a saúde é o objetivo estratégico do saneamento tem permeado os discursos e as produções no campo técnico e científico. Essa é a ideia que tem impulsionado os avanços na política e ações governamentais na área do saneamento. Mas, como essa relação se dissemina no senso comum? Como os elementos que compõem essa trama se entrelaçam e como esse conhecimento é elaborado pelo olhar e vivência de uma comunidade rural que, após viver um cotidiano histórico de acesso restrito a água em quantidade e qualidade, é beneficiada com um Sistema Simplificado de Abastecimento de Água? Nem sempre essas populações elaboram uma percepção sanitária das ações de saneamento, o que dificulta que a comunidade se aproprie do benefício, fazendo uso adequado e racional dele e se implicando como sujeito de direito e dever nesse processo. Uma ação de saneamento, vai além da infraestrutura, uma vez que a sua efetividade e sustentabilidade enquanto ação de saúde, estará condicionada às percepções, ideias, crenças e noções que a população beneficiada tem histórica e socialmente constituídas sobre saneamento, sobre saúde e como elas têm orientado as práticas territoriais no âmbito da saúde ambiental e da promoção da saúde. A pesquisa se propõe a identificar e analisar as representações sociais que a comunidade cearense de Café Campestre tem sobre saneamento e saúde à luz da ação de saneamento desenvolvida localmente e na perspectiva da sua sustentabilidade e efetividade. As representações sociais traduzem como se dá a relação do (s) sujeito (s) com os fatos ou objetos sociais. Nesse sentido, constituem-se importante alicerce teórico para se pensar, repensar, ressignificar e orientar ações, processos e práticas técnicas e institucionais de saneamento enquanto ação de promoção à saúde. Trata-se, então, de pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, baseada na teoria das representações sociais.

Palavras-chave: Representações sociais. Saneamento. Saúde. Saneamento rural.

ABSTRACT

The understanding that health is the strategic objective of sanitation has permeated discourses and productions in the technical and scientific fields. This is the idea that has driven advances in policy and government actions in the field of sanitation. But, how does this relationship spread in common sense? How the elements that make up this plot intertwine and how this knowledge is elaborated by the look and experience of a rural community that, after experiencing a historical daily life of restricted access to water in quantity and quality, is benefited from a Simplified Water Supply System? These populations do not always develop a sanitary perception of sanitation actions, which makes it difficult for the community to appropriate the benefit, making adequate and rational use of it and becoming involved as a subject of rights and duty in this process. A sanitation action goes beyond infrastructure, since its effectiveness and sustainability as a health action will be conditioned to the perceptions, ideas, beliefs and notions that the beneficiary population has historically and socially constituted about sanitation, about health and how they have guided territorial practices in the field of environmental health and health promotion. The project proposes to identify and analyze the social representations that the Ceará community of Café Campestre has about sanitation and health in the light of the sanitation action developed locally and in the perspective of its sustainability and effectiveness. The social representations translate how the relationship of the subject (s) with the facts or social objects takes place. In this sense, they constitute an important theoretical foundation for thinking, rethinking, reframing and guiding actions, processes and technical and institutional practices of sanitation as a health promotion action. It is, therefore, a research with a qualitative approach, of the descriptive-exploratory type, based on the theory of social representations.

Keywords: Social representations. Sanitation. Health. Rural sanitation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Sede da Associação de Moradores de Café Campestre.....	66
Fotografia 2 – Vista da comunidade Café Campestre.....	68
Fotografia 3 – Açude Pedra Branca –.....	69
Fotografia 4 – Torres de tratamento e reservação do Sistema de Abastecimento de Água.....	70
Fotografia 5 – Escola Ensino Fundamental	73
Fotografia 6 – Casa com cisterna	79

FIGURA

Figura 1 – Estrutura das Representações Sociais Sobre saneamento e Saúde.....	111
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado.....	37
Tabela 2 – Universo amostral.....	71
Tabela 3 – Evocações livres sobre saneamento, categorias e elementos constitutivos de cada categoria.....	89
Tabela 4 – Categorias temáticas sobre saneamento.....	91
Tabela 5 – Evocações livres sobre saúde, categorias e elementos constitutivos de cada categoria.....	93
Tabela 6 – Categorias temáticas sobre saúde.....	99

LISTA DE SIGLAS

ARASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ASA – Articulação Semiárido Brasileiro
CAGECE – Companhia de Água e Esgoto do Estado do Ceará
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRSAI – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GESAR – Gerência de Saneamento Rural
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LNSB – Lei Nacional de Saneamento Básico
ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PLANSAB – Plano Nacional de Saneamento Básico
PNAD – Plano Nacional Por Amostra de domicílios
PNSR – Programa Nacional de Saneamento Rural
PSBR – Programa Saneamento Brasil Rural
PSF – Programa de Saúde da Família
P1MC – Programa 1 Milhão de Cisternas
SAA – Sistema de Abastecimento de Água
SISAR – Sistema Integrado de Saneamento Rural
SUS – Sistema Único de Saúde
SWS – Safe Water System
RS – Representações Sociais
SNIS – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
TCU – Tribunal de Contas da União
TS – Tecnologias Sociais
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	25
3.2	SANEAMENTO E SAÚDE.....	35
3.3	SANEAMENTO RURAL.....	45
3.4	SEMIÁRIDO E A QUESTÃO DA ÁGUA.....	51
4	PERCURSO METODOLÓGICO	57
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57
4.2	ABORDAGEM TERRITORIAL.....	65
4.3	A COMUNIDADE CAFÉ CAMPESTRE.....	67
4.4	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	74
5.1	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SANEAMENTO E SAÚDE.....	74
5.1.1	SERVIÇOS, AÇÕES E PRÁTICAS DE SANEAMENTO.....	74
5.1.2	PERCEPÇÕES SOBRE A AÇÃO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....	80
5.1.3	SANEAMENTO E SAÚDE PARA CAFÉ CAMPESTRE.....	86
A)	SOBRE SANEAMENTO.....	87
B)	SOBRE SAÚDE	92
C)	A IMPORTÂNCIA DO SANEAMENTO.....	99
D)	A RELAÇÃO SAÚDE, AMBIENTE E SANEAMENTO.....	103
E)	DO QUE CAFÉ CAMPESTRE PRECISA PARA QUE AS PESSOAS TENHAM MAIS SAÚDE.....	105
6	CONCLUSÃO	115
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	122
8	RECOMENDAÇÕES	123
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	130
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
	APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ	134

1 INTRODUÇÃO

A epistemologia das doenças produziu, ao longo do tempo, diversos paradigmas sobre o processo saúde–doença e, esses, nortearam diferentes práticas de saúde. Permearam esse percurso os conflitos entre o enfoque biológico e o social, entre o individual e o coletivo e entre a medicina e a saúde pública.

Em 1948, ano de sua fundação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, ampliando o seu entendimento para além da mera ausência de doença (1).

Nos anos 70, a Conferência de Alma-Ata, trazendo à luz o lema ‘Saúde para todos no ano 2000’ e o debate em torno das Metas do Milênio na década de 90 consolidaram o campo do conhecimento e das práticas de saúde a partir do enfoque dos determinantes sociais (2).

Ainda nessa perspectiva, a OMS (1) ao conceituar Saúde Ambiental, considerou os fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do meio ambiente que repercutem na saúde humana, incluindo nessa, a qualidade de vida. Referiu, também, como saúde ambiental, as ações de avaliação, correção, controle e prevenção dos fatores de risco que, potencialmente, possam prejudicar a saúde das gerações atuais e futuras.

A Agenda 2030, marco de um pacto global em prol da erradicação da pobreza e do desenvolvimento sustentável, apresenta um plano de ação com 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre eles encontra-se a ODS 6 – Água Potável e Saneamento –, que prima por assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos (3).

Essa compreensão dos determinantes sociais da saúde aponta para uma relação condicionante entre as condições de vida de um território e a situação de saúde de sua população. No espectro das “condições de vida” são considerados vários fatores de ordem

social, econômica, cultural e ambiental. No que se refere aos fatores ambientais, o acesso ao saneamento básico assume relevante papel na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos de saúde, sendo assim, importante vetor para a melhoria da qualidade de vida e para a inclusão social.

A compreensão da relação entre saneamento e saúde é antiga e evoluiu de um estágio rudimentar e intuitivo durante a antiguidade até os dias atuais, quando as técnicas investigativas e métodos científicos permitem estudos epidemiológicos mais amplos e assertivos. Hoje, a relação entre saneamento e saúde tem permeado os discursos técnicos, políticos e institucionais. Apesar das fragilidades e alguns retrocessos recentes, essa é a ideia que tem impulsionado os avanços na política e ações governamentais na área do saneamento básico.

Acompanhando essa evolução, as políticas governamentais avançaram das medidas pontuais e esporádicas para controle de doenças infecciosas e parasitárias e culminaram com o marco legal da Lei Nacional de Saneamento Básico (LNSB), Lei nº 11.445/2007, que estabeleceu as diretrizes da Política Nacional de Saneamento Básico (4). Princípios como universalização dos serviços, equidade social e planejamento fundamentado em critérios técnicos e sociais, são alguns dos princípios que deveriam nortear as ações governamentais para melhoria das condições ambientais e, conseqüentemente, para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

A Constituição Federal, em seu Art. 200, IV, dispõe que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos Termos da lei, “participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico” (5).

Apesar dos avanços históricos, as ações governamentais nessa área, seguindo a tendência desenvolvimentista, tiveram mais ênfase nas áreas urbanas, que abrigavam as

indústrias e possuíam populações mais adensadas, restando à área rural, um enorme *déficit* na cobertura desses serviços ou na precariedade deles.

Fazer saneamento tem um custo para implantação das soluções e para manutenção delas. Além disso, para que se constituam veículos de saúde é necessário que os usuários reconheçam sua importância para a saúde humana e ambiental e, conseqüentemente, entendam os direitos e deveres que lhes cabe nesse processo.

Frente a essas questões, a Política Nacional de Saneamento Básico se organiza em dois pilares: ações estruturais e ações estruturantes. As estruturais, dizem respeito às tecnologias e obras que atenderão de forma adequada à demanda local. As estruturantes dizem respeito à educação e à participação social, bem como à gestão dos serviços e agregam planejamento, regulação, fiscalização e controle social ao processo e à prestação dos serviços. Permitem a construção de um conhecimento técnico, social e político que instrumentalize a compreensão da ação como uma necessidade, um direito e uma responsabilidade social.

Considera-se que as pessoas sempre desenvolvem alguma prática de saneamento, ele pode ser precário ou inadequado, mas, toda comunidade encontra uma forma de abastecimento de água, de descarte e manejo de resíduos, de esgotamento sanitário e de drenagem. No rural, onde a ocupação é mais dispersa, o poder aquisitivo mais baixo e a relação do homem com o meio ambiente parece ter se ajustado historicamente a um modo possível, muitas vezes, essa precariedade ou inadequação, não é percebida como problema de saúde ambiental, mas, como uma prática ancestral, cultural e natural de convivência do homem com o meio ambiente.

Em atenção ao *déficit* de ações do saneamento rural e considerando as especificidades e diversidades do contexto rural, o governo lançou, recentemente, o Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), que estabelece diretrizes e estratégias para o desenvolvimento do saneamento para populações do campo, das águas e das florestas. O PNSR

era uma necessidade prevista em 2007 pela LNSB, e reafirmada pelo Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB) com o objetivo de garantir ações de saneamento mais resolutivas para as populações rurais “que requerem abordagem própria e distinta da convencionalmente adotada nas áreas urbanas, tanto na dimensão tecnológica, quanto na da gestão e da relação com as comunidades” (6).

Nem sempre essas populações elaboram uma percepção sanitária das ações de saneamento, o que dificulta que a comunidade se aproprie do benefício, fazendo uso adequado e racional dele e se implicando como sujeito de direito e dever nesse processo.

Esta pesquisa se propõe a estudar as representações sociais (RS) sobre saneamento e saúde na comunidade rural de Café Campestre, Ceará, a qual foi beneficiada com um Sistema Simplificado de Abastecimento de Água e analisar como elas repercutem na efetividade e sustentabilidade dessa ação, conferindo a ela eficácia.

A comunidade está inserida no semiárido. Essa região apresenta um cenário climático marcado por altas temperaturas (entre 25 °C e acima de 28°C), resultando na baixa umidade do ar, além de longos períodos de estiagem, com chuvas escassas e mal distribuídas.

O volume de chuva é menor do que o índice de evaporação e o subsolo é formado predominantemente por rochas cristalinas, rasas, o que dificulta a formação de mananciais perenes e prejudica a potabilidade da água subterrânea, normalmente salinizada. Essas características contribuem para um risco constante de escassez hídrica.

Dessa forma, Café Campestre possui um cotidiano histórico de restrição de acesso à água em quantidade e qualidade.

Através da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), foi implantado um Sistema Simplificado de Abastecimento de Água que capta água de um açude, transporta-a por adutora até o sistema para tratamento, reservação e, conseqüentemente, leva-a até o domicílio dos moradores, por meio de uma rede de distribuição.

A Funasa é um órgão executivo do Ministério da Saúde que tem como missão “promover a saúde pública e a inclusão social através de ações de saneamento e saúde ambiental. A ela compete, conforme Decreto 8.867, de 03 de outubro de 2016, fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. Portanto, é uma instituição integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) que contribui para as metas de universalização do saneamento no Brasil.

O estudo traz como categoria de análise as Representações Sociais (RS), aqui, entendidas como conhecimentos elaborados e partilhados por um grupo de pessoas. São construídas nas relações interpessoais, através da comunicação cotidiana e assumem relevante papel na orientação de condutas e práticas sociais. Através do seu estudo podemos conhecer “como são elaborados e como funcionam os sistemas de referências que orientam nosso modo de organizar e classificar pessoas, grupos e interpretar fatos da vida cotidiana”. (7)

A comunidade rural, enquanto *lócus* de estudo, traz para o centro da questão o conceito de território, no qual se ampara toda a complexidade e particularidade de uma espacialidade vivida, percebida e comunicada por seus atores. Por esse prisma, território, aqui, não se reduz ao espaço geográfico, mas, à conjugação desse a um espaço social. O espaço natural, até o antecede, mas é a atividade humana que o territorializa, adaptando as condições dadas, às necessidades de uma comunidade ou sociedade (8). O território, portanto, é a espacialidade onde a vida transcorre em conformidade com as relações e os modos de produção que se estabelecem a partir dela e sobre ela. Abrange as dimensões social, política, cultural, econômica e ambiental que permeiam as intersubjetividades e trocas simbólicas entre os pares, conferem identidade ao grupo e dão significado e sentido à materialidade compartilhada.

O recorte da implantação de um sistema de abastecimento de água no contexto rural delinea a pesquisa e a discussão no campo do saneamento rural, cujo objetivo é promover o desenvolvimento de ações de saneamento básico em áreas rurais, com vistas à universalização do acesso por meio de estratégias que garantam a equidade, a integralidade, a intersetorialidade, a sustentabilidade dos serviços implantados, a participação e o controle social.

Diante da diversidade de povos, culturas, biomas e organizações territoriais que configuram o rural brasileiro, essas ações requerem uma abordagem própria e diferenciada do modelo adotado na área urbana, principalmente no que se refere às tecnologias, aos modelos de gestão e à apropriação da população quanto às soluções implantadas.

O objetivo estratégico do saneamento é a saúde coletiva, nesse sentido, as políticas públicas de saneamento são, de forma multidimensional, técnicas, socioeconômicas e culturais, fundamentalmente como de saúde pública, tendo como objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental (9).

Por fim, trazemos para a discussão a educação em saúde ambiental, compreendida como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que, no âmbito das práticas de saúde ambiental devem ser vivenciadas e compartilhadas por gestores, técnicos, trabalhadores, setores organizados da população e usuários, baseando-se, entre outros princípios, no diálogo, reflexão, respeito à cultura, compartilhamento de saberes, ação participativa, planejamento e decisão local (10).

A educação em saúde ambiental não se propõe a conformar indivíduos ou comportamentos a determinada situação, mas a ressignificar conhecimentos e práticas, mediante a problematização e reflexão de uma situação ou realidade. Deve ser uma área transversal de conhecimento técnico e científico que contribui efetivamente na transformação e no desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a participação, o controle

social e a sustentabilidade socioambiental, utilizando, entre outras estratégias, a mobilização social, a comunicação educativa/informativa e a formação permanente (11).

Este estudo foi pensado a partir da minha trajetória acadêmica como bacharel em psicologia, com especialização em psicopedagogia e da minha trajetória profissional como servidora pública com atuação na área do saneamento e saúde ambiental.

Da primeira experiência trago inscrito na minha compreensão de mundo, de ser humano e de realidade que nenhuma dessas esferas pode ser pensada fora da mediação do contexto histórico, social, cultural e afetivo que marca o olhar de quem observa e de quem é objeto da observação.

Em sua Teoria da Sexualidade Infantil, Sigmund Freud demonstrou como a transmissão cultural prescreve, permite ou interdita o conhecimento.

Os teóricos sócio -interacionistas, Piaget, Vygotsky e Wallon, apesar dos pontos os diferenciam, pensaram o processo de aprendizagem a partir de um sujeito social ativo.

Piaget ao desenvolver a teoria conhecida como epistemologia Genética, mostra que a aprendizagem depende do processo de desenvolvimento cognitivo. Entretanto, ela é um processo de adaptação ao meio em que se vive. (12)

Para Vygotsky, o aprendiz é parte de uma construção histórica, cultural e social da qual se apropriou por meio da linguagem. Dessa forma, o desenvolvimento da estrutura cognitiva humana é um processo que se dá na apropriação da experiência histórica e cultural. (12)

Wallon, afirma que a cognição tem origem biológica e social porque o ser humano é organicamente social e como tal está submetido à intervenção da cultura. Para ele, o desenvolvimento cognitivo se processa a partir do potencial genético, próprio da espécie humana na confluência dos fatores ambientais e socioculturais em que ele se insere. (12)

Da formação, portanto, trago o entendimento de que todo objeto existe em relação a um sujeito, relação essa, mediada pelos elementos históricos, culturais, sociais e afetivos internalizados. É desse caleidoscópio simbólico, imagético, conceitual e vivencial partilhado pela linguagem na interação com os outros que se estrutura e elabora o conhecimento. Conhecer, portanto, é sempre resultado de um processo biopsicossocial.

Como servidora da Funasa, há 11 anos, atuo na área da saúde ambiental, em especial, nas ações de educação em saúde ambiental, consideradas institucionalmente, componentes transversais e estruturantes das ações de saneamento.

A Funasa tem assessorado técnica e financeiramente, municípios com até 50.000 (cinquenta mil) habitantes, na implementação de saneamento básico, bem como, implementado ações de saneamento em áreas rurais e comunidades tradicionais de todo o Brasil, tais como as populações remanescentes de quilombos, assentamentos de reforma agrária, comunidades extrativistas e populações ribeirinhas.

As ações desenvolvidas pela Funasa, desenvolvem-se no campo da saúde pública, tendo como finalidade a promoção da saúde. Entretanto, a prática tem demonstrado que não basta a oferta dos serviços de saneamento. Para que eles se efetivem enquanto veículo de promoção à saúde, faz-se necessário que os beneficiários se apropriem desses serviços, mas, isso, só é possível quando se constrói uma percepção de saneamento como um bem coletivo e indispensável à manutenção da qualidade de vida humana e ambiental. (13).

As intervenções estruturais nas áreas rurais para abastecimento de água potável, de esgotamento sanitário, de provimento de banheiros, dentre outras, deverão ser acompanhadas de ações estruturantes no campo da participação e controle social, da educação ambiental para o saneamento e de medidas de gestão e capacitação, dentre outras, que deem suporte político e gerencial para a sustentabilidade e efetividade das tecnologias implantadas. O saneamento rural,

portanto, deve ser pensado em relação às particularidades ético-culturais, sociais, econômicas e territoriais da população beneficiada e em conjunto com ela. (14).

O TCU ao avaliar se a construção de cisternas, na região do semiárido, para armazenamento de água potável, promoveu benefícios às condições de saúde da população atendida e, se esses benefícios eram sustentáveis, identificou diversas deficiências no uso da tecnologia, no manuseio, manejo, armazenamento e tratamento da água que comprometiam a sua qualidade para consumo humano. Além disso, foram identificadas fragilidades que comprometiam a durabilidade e manutenção das cisternas, bem como, prejudicavam os resultados pretendidos com a solução implantada. (15). Interferiram na resistência às boas práticas no cuidado com a água de beber, algumas crenças populares sobre a qualidade da água da chuva e uso do hipoclorito, por exemplo, que resistiram às orientações recebidas para tal fim.

Percebe-se, portanto, que uma ação de saneamento, vai além da infraestrutura, uma vez que a sua efetividade e sustentabilidade enquanto ação de saúde, estará condicionada às percepções, ideias, crenças e noções que a população beneficiada tem histórica e socialmente constituídas sobre saneamento, sobre saúde e como elas têm orientado as práticas territoriais no âmbito da saúde ambiental e da promoção da saúde. O ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (16).

Dessa forma, ao se pensar e fazer saneamento, é importante saber como ele é concebido por quem o receberá e dele fará parte. (13)

Na prática, percebe-se que apesar de teoricamente reconhecidas, as ações estruturantes, em especial, as de educação e participação social, costumam ser pouco consideradas por gestores e profissionais da engenharia, o que acaba por comprometer os

impactos desejáveis das intervenções de saneamento, principalmente, na área rural que abrange uma diversidade de povos, com culturas, tradições e arranjos sociais diferenciados

Todo acontecimento social que nos afeta é compreendido a partir da sua aproximação com aquilo que já conhecemos. Nas relações com os outros somos instados a dar explicações, fazer julgamentos e nos posicionarmos em relação a eles. Essas interações sociais vão criando “universos consensuais” a partir dos quais se produzem e se comunicam as representações sociais que passam a se constituírem como verdadeiras teorias do senso comum, essas, procuram apreender a complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas. Essas “teorias” conferem identidade grupal e sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo. (7).

O presente estudo das representações sociais, portanto, tem como propósito desvelar os saberes socialmente construídos sobre saneamento e saúde na comunidade rural Café Campestre que será beneficiada com um sistema de abastecimento de água. Como eles o integram a esse conjunto simbólico, imagético e conceitual através do qual dão sentido e significado à realidade vivida.

Conhecer esses constructos é de suma importância para entender como a comunidade vai interpretar os conteúdos e os processos que envolvem essa ação e que nortearão suas atitudes em relação a ela, ao sistema e aos seus propósitos.

Tem-se o intuito de evidenciar a importância da educação em saúde ambiental nesse processo e instrumentalizá-la para uma prática contextualizada e direcionada para as transformações necessárias das representações sociais que, porventura, possam fragilizar os resultados pretendidos.

Por suas relações com a linguagem, com a ideologia, com o imaginário social, com os sistemas de valores, com o afeto com as experiências anteriores e, principalmente, por sua

função de orientar condutas e práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem na eficácia de um processo educativo. (7).

Além disso, possibilitará uma reflexão sobre as práticas de saneamento rural à luz do senso comum, conhecer e analisar o conhecimento social a partir das proposições técnicas e científicas que têm orientado as práticas hegemônicas na área do saneamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais sobre saneamento e saúde na comunidade rural Café Campestre/CE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as representações sociais e práticas locais sobre saneamento e saúde na comunidade Café Campestre;
- Analisar se os beneficiários da comunidade Café Campestre compreendem a implantação do sistema de abastecimento de água como uma ação de promoção da saúde.
- Relacionar as representações sociais com possíveis atitudes e práticas locais que determinarão a efetividade e sustentabilidade do Sistema Simplificado de Abastecimento de Água implantado na comunidade Café Campestre

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A noção das representações sociais foi lançada por Serge Moscovici, em 1961, através de um estudo sobre a representação social da psicanálise. A sua concepção teórica desenvolve-se a partir do conceito de representação coletiva de Émile Durkheim¹. Entretanto, para Moscovici (17), o sociólogo apresentava um conceito estático de representações, as quais eram concebidas como fatos dados que se explicavam por si mesmo e funcionavam como estímulos que determinavam o comportamento. Além disso, sua elaboração pressupunha uma dicotomização entre indivíduo e sociedade, de modo que as representações individuais deveriam ser estudadas pela psicologia e as representações coletivas pela sociologia.

Mazzotti (7) destaca que, ao preferir o termo ‘social’ Moscovici introduz um entendimento mais dinâmico das representações, considerando que elas se dão no âmbito da relação dialética entre indivíduo e sociedade. Considerava, ainda, que embora a concepção de Durkheim, englobasse diversos elementos como religião, mitos, ciência, crenças, não explicava como se davam os mecanismos cognitivos e sociais de elaboração e organização desses elementos no pensamento. Moscovici se propôs a investigar como os indivíduos pensam o mundo que habitam. Como produzem essa compreensão e como ela repercute no mundo material. Ou seja, como o social interfere na construção das representações e como as representações se implicam no social.

Para o autor, as representações sociais são elaboradas e partilhadas no âmbito da comunicação e das interações sociais. São estruturas dinâmicas, flexíveis, permeáveis a mudanças, principalmente, ao se considerar o mundo tecnológico e globalizado da modernidade

¹ Émile Durkheim foi sociólogo, antropólogo, cientista político, psicólogo social e filósofo francês. Considerado o pai da sociologia, formalmente tornou-a uma disciplina acadêmica.

com inúmeros canais de comunicação e interações, diversificando os focos de produção e propagação de conhecimento. Hoje, tem-se uma heterogeneidade, uma fluidez de trocas e comunicações e uma flutuação de sistemas unificadores - a ciência, a religião, as ideologias oficiais, as mídias sociais, dentre outros - que provocam o indivíduo continuamente, a rever essas representações (17).

A elaboração teórica de Moscovici traz um conceito psicossocial das representações sociais, posicionando-a entre a psicologia e a sociologia e seus estudos redefiniram o campo da Psicologia Social tão engessado pelas amarras do behaviorismo². Ao enfatizar a função simbólica das representações sociais e seu poder de construção do real, impulsiona um novo paradigma cujas bases conceituais e metodológicas, propõem-se a uma epistemologia que integre indivíduo-objeto-sociedade.

Mas, afinal, o que são representações sociais?

Pensar a sua realidade é uma capacidade do ser humano que nos permitiu evoluir enquanto espécie e coletividade. A linguagem foi uma das principais ferramentas nessa trajetória evolutiva, enquanto instrumento de interação e cooperação, permitiu-nos grandes saltos cognitivos e sociais. Através da linguagem, o ser humano pensa, organiza o pensamento, partilha conhecimento.

Para Jodelet (18), as representações sociais se originam na comunicação ao mesmo tempo em que a orienta. Dessa forma, como sugerem Triani, Bizerra e Novikoff, (19), seus elementos cognitivos estão submetidos aos processos de comunicação e de linguagem.

Para Moscovici (17), diante da realidade, os homens têm o mesmo senso investigativo que a ciência diante de seu objeto de estudo. Processa informações para compreendê-lo. Entretanto, esse processamento se dá por mecanismos diferentes. Enquanto a

² O behaviorismo é uma teoria psicológica que tem como objeto de estudo o comportamento; defende que a psicologia humana ou animal pode ser objetivamente estudada por meio de observação de suas ações, ou seja, observando o comportamento.

ciência coloca o objeto como o condutor na produção do conhecimento, conformando assim, o pensamento às informações que ele produz; no conhecimento do senso comum o condutor desse processo é a mente que através de um substrato simbólico preexistente, vai conformando a realidade a ele. No primeiro caso o pensamento decorre da realidade, no segundo, a realidade decorre do pensamento.

Nessa perspectiva, ele aponta que há dois universos de produção de saberes, o consensual e o reificado. O universo consensual é aquele em que o conhecimento surge das conversas cotidianas, nos espaços de encontro em que transcorrem o dia-a-dia, tais como: clubes, bares e associações, dentre outros. Nesses espaços as pessoas pactuam, compartilham imagens e ideias consideradas certas e aceitáveis. Neles todos são iguais, têm competência para manifestar suas opiniões, suas explicações e construir leis. Com o tempo essas conversações vão criando elos de estabilidade e recorrência, consolidando um significado, um sentido, uma significância comum. O outro seria o universo reificado, nesse as pessoas são desiguais, é o espaço dos diferentes papéis e classes, das competências. Somente quem de direito e com prerrogativa pode falar: o médico, o advogado, o psicólogo, o juiz, etc. (17)

As representações possuem duas funções, uma delas é convencionalizar objetos, pessoas e acontecimentos. Sobre essa função Moscovici (17) esclarece: “

Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele” (p. 34).

A representação, entretanto, não é uma reprodução fiel de um objeto da realidade objetiva, mas uma interpretação, uma recriação elaborada a partir das estruturas de conhecimento do grupo. Nesse sentido, a representação substitui o objeto, apresentando-se como realidade e determinando as ações em relação a eles (20).

A sua segunda função é ser prescritiva. Ao serem fossilizadas, as representações assumem vida própria, se impondo sobre os pensamentos e ações humanas. Ao serem compartilhadas são mentalmente internalizadas, deixam de ser pensadas, passam a ser re-pensadas, re-apresentadas. Dessa forma, às vezes, pode-se responder a um estímulo sem conseguir explicar o porquê, sem mais reconhecer nessa resposta uma abstração, sem pensá-la. O indivíduo apenas evoca, re-apresenta uma representação (17).

O ser humano está constantemente tentando compreender, interpretar e explicar o seu cotidiano. As representações sociais, pois, são conhecimentos produzidos pelos indivíduos ou grupos sobre os objetos sociais. São cristalizadas pela linguagem e pelas interações sociais de tal modo que passam a produzir a realidade, influenciando novas representações, interações e comunicações. Através de um sistema simbólico permite nomear, significar, dar sentido ao mundo material. Ao elaborá-las ele classifica, compara, categoriza os objetos sociais numa tentativa de organizar o ambiente, posicionar-se em relação a ele, atuar nele e sobre ele.

Se é certo que a atividade cognitiva produz as representações, também é certo que as representações determinam nossa atividade cognitiva. Como dito anteriormente, elas as modulam em várias dimensões, conferindo forma, classe, categoria e, gradativamente, as enquadra em certos tipos de modelos, diferentes, que passam a ser compartilhados por um coletivo de pessoas. Esses modelos passam a funcionar como substratos para novos elementos. Quando algo causa estranheza, gera desconforto, procura-se adequá-lo a esse modelo, sob pena de não o compreender ou decodificá-lo (17).

As representações possuem duas faces: uma icônica e uma simbólica. Toda representação associa uma imagem a uma ideia e uma ideia a uma imagem. Ao exemplificar essa formulação, o autor mostra como a palavra neurótico desencadeia uma série de associações (com a psicanálise, Freud, Complexo de Édipo, com a ciência, com um herói clássico) e como essas associações permitem fazer inferências sobre a personalidade, o caráter e a biografia de

uma pessoa. Ao ser introjetado pelo ser humano passa a balizar suas inter-relações com os outros, sua forma de se comportar em relação a eles. É por isso, que ao olhar um desconhecido, tece-se formulações a seu respeito, atribui-lhe uma posição, um caráter, um valor, uma categoria social. Tais atributos, balizam, inclusive, as expectativas em relação a ela.

Mas, afinal, para que são criadas as representações?

Segundo Moscovici (17),

as representações são criadas com “a finalidade de tornar familiar algo que não é familiar, ou a própria familiaridade” (p. 54).

Esse processo ocorre por meio de dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem tenta acomodar, adequar, encaixar o estranho ao contexto familiar. Ela ajuda a classificar e dar nome a algo. É o ato de associar o distante e desconhecido a uma categoria, permitindo-nos, assim, descrevê-lo, avaliá-lo e comunicá-lo.

A ancoragem refere-se

“à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes” (p. 306).

A objetivação procura objetivar, tornar concreto aquilo que está no abstrato, projetar o que está na mente em algo do mundo físico. É a cristalização de uma representação, é reproduzir um conceito em uma imagem” (p. 71) (16).

Moscovici, ao analisar a natureza social das representações, observa que, embora, em alguns casos, elas apresentem conteúdos semelhantes, seus sentidos diferem, conforme as diferentes classes sociais, culturas e grupos, causando universos distintos de opiniões. Isto ocorre, porque esses universos apresentam três dimensões: a atitude, a informação e o campo da representação ou imagem. MAZZOTTI (7), ao citar MOSCOVICI, esclarece essas três dimensões da seguinte forma:

A atitude corresponde à orientação global, favorável ou desfavorável, ao objeto da representação. A informação se refere à organização dos conhecimentos que o grupo possui a respeito do objeto. Finalmente, o campo

de representação remete à ideia de imagem, ao conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto preciso do objeto, e pressupõe uma unidade hierarquizada de elementos. Essas três dimensões da representação social fornecem a visão global de seu conteúdo e sentido (p. 24).

Portanto, para Moscovici (17), um objeto não existe por si mesmo, mas, sim, em relação a um sujeito, seja ele indivíduo ou grupo e é essa relação que o determina. Sendo a representação uma constituição subjetiva do objeto, nesse constructo, o sujeito o reconstrói cognitivamente, adequando-o a seus sistemas de valores, o qual, por sua vez, depende de sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido (22).

Isso leva a considerar que as representações sociais são historicamente construídas e estão estreitamente vinculadas aos grupos, classes e cultura que as produziram, refletindo-se nos diferentes atos e práticas sociais daqueles coletivos. É exatamente nesse ponto que reside o caráter social dessas entidades, qual seja, contribuir para a orientação das condutas e das comunicações sociais.

De um modo geral, essas são as ideias seminais sobre as representações sociais. A sua transitoriedade entre a psicologia e a sociologia a torna um fenômeno complexo e de difícil conceituação. Por esse motivo, Moscovici manteve-se resistente a concluir ou fechar sua formulação teórica, o que favoreceu posteriores desdobramentos empíricos e teórico-epistemológicos.

Diversos autores, ao revisarem conceitos e métodos contribuíram para o refinamento teórico metodológico dessas ideias iniciais. Dentre eles, podemos citar Denise Jodelet, grande colaboradora e sistematizadora das ideias de Moscovici, que desenvolveu uma abordagem cultural das representações sociais.

Ao destacar a vitalidade, a complexidade e a transversalidade dessas construções, ela articulou os estudos psicossociológicos com outras teorias e outros campos de pesquisa. A autora propõe três esferas de pertencimentos da representação social: a subjetiva, intersubjetiva e

transubjetiva. Ressalta a cultura como constituinte significativo na produção das RS e fator marcante da sua variação entre grupos.

Debruçou-se sobre os aspectos constituídos (produto/conteúdo) e constituintes (processo) do pensamento social e sob esse viés, focou e revisou os processos de formação das RS: a objetivação e a ancoragem (23).

Ao retomar o conceito de objetivação, Jodelet identifica três fases nesse mecanismo: a construção seletiva, em que partes do objeto são apreendidas em virtude de condicionantes culturais e normativos; a esquematização estruturante, em que uma imagem se vincula ao conceito, conferindo um corpo a esse esquema conceitual e facilitando, assim, sua apreensão e comunicação e, por último, a naturalização, quando essa elaboração ganha vida própria e capilaridade social. (7)

Essa seletividade dos elementos do objeto da representação demonstra, segundo Mazzotti, como as necessidades, os valores e os interesses do grupo, tangenciam a elaboração da representação.

Já o mecanismo da ancoragem, para Jodelet (18), permite atribuir sentido e utilidade às representações. No que se refere à atribuição de sentido, Mazzotti (7), referenciando Jodelet, menciona que “a hierarquia de valores prevalente na sociedade e em seus diferentes grupos contribui para criar em torno do objeto uma rede de significações na qual ele é inserido e avaliado como fato social” (p. 29).

Já no que se refere à utilidade, aponta que

“esse sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e seu meio e entre os membros de um mesmo grupo, concorrendo para afirmar a identidade grupal e o sentimento de pertencimento do indivíduo” (p. 30) (7).

Daí a importância de, ao estudá-las, conhecer o contexto dos seus emissores, compreendendo-os como um ser histórico, inserido em uma determinada realidade familiar,

com expectativas diferenciadas, dificuldades vivenciadas e diferentes níveis de apreensão crítica da realidade.

Jean Claude Abric é outro autor que teceu grandes contribuições ao campo das RS.

Ele identifica quatro funções essenciais das representações sociais:

- a) Função de saber: ela permite compreender a realidade, facilitando a comunicação; “definem o quadro de referência comum que permite as trocas sociais, a transmissão e a difusão do saber ‘ingênuo’”;
- b) Função identitária: possibilita a proteção da especificidade dos grupos, definindo a identidade e exercendo papel de suma importância no controle social;
- c) Função de orientação: direciona os comportamentos, as práticas sociais, adequando-os às várias situações. Opera como seleção e filtro de informações;
- d) Função justificadora: possibilita, posteriormente, explicar e justificar as condutas e tomadas de decisão dos atores. (24)

Responsável por levar os estudos para o âmbito dos laboratórios, Abric (24) elabora uma abordagem estrutural e desenvolve a Teoria do Núcleo Central, procurando responder a algumas características das RS, aparentemente contraditórias e alvo de críticas, qual sejam: Por que as representações são ao mesmo tempo, rígidas e flexíveis, consensuais e marcadas por diferenças individuais?

Para o autor é exatamente esse viés cognitivo e social das RS que torna sua análise tão difícil, pois, embora prescindida de uma atividade intrasubjetiva, essa se dá sob a forte inscrição das condições sociais em que são elaboradas e em que se transmitem. Ele busca exatamente demonstrar o ponto de interseção entre esses dois componentes.

Segundo seus constructos, as RS se constituem a partir de dois sistemas, um núcleo central e um sistema periférico. O primeiro diz respeito ao núcleo central, que confere

significação à representação e organização a seus elementos, o que determina esse núcleo é a natureza do objeto e a relação que o grupo estabelece com ele, relação essa atravessada pela memória coletiva, pelos sistemas de normas e valores próprios daquele grupo. É a base comum, coletivamente compartilhada que assegura a homogeneidade e identidade do grupo social. Por essas características se apresenta mais estável, resistente e coerente (24).

O sistema periférico agrega os demais elementos da representação que realizam o intercâmbio entre a realidade concreta e o sistema central. É a interface mais fluida, flexível e mais individual das RS. Integra as experiências e histórias individuais, acolhe as diferenças e contradições do grupo, é sensível ao contexto imediato. Para Sá (25), sua função histórica, é proteger o núcleo central e a atual e cotidiana, é a adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo da representação. Somente quando dois ou mais grupos partilham do mesmo núcleo central pode-se dizer que possuem a mesma representação social sobre algo.

Ao relacionar representações sociais e práticas, Abric citado por Mazzotti (22) conclui que as

“representações devem ser vistas como condições das práticas e as práticas como um agente de transformação das representações” (p. 31).

Quando as circunstâncias impõem uma contradição entre prática social e representação, se ela é avaliada como temporária, o sistema periférico se remodela para integrar e acomodar os elementos novos ou contraditórios; caso ela seja avaliada como irreversível, geram uma completa transformação no núcleo central e, conseqüentemente, da representação. Por esse motivo, o autor ressalta a importância de, ao se investigar uma representação, não se ater somente aos discursos dos atores, mas também, à observação das práticas.

A compreensão de como o saber está atrelado a uma comunidade e contexto é imprescindível e ajuda a entender melhor sobre essa dualidade entre permanências e inovações das RS, pois o conhecimento popular, o conhecimento do senso comum, está diretamente relacionado aos sistemas simbólicos e valorativos, ou seja, à cultura do seu *locus* de produção.

Exatamente por ter elementos constitutivos da cultura e da memória do contexto que, diferentemente do saber científico - reificado e cognitivo em sua essência - as RS podem, apesar de conter um núcleo estável e permanente, apresentar contradições, fragmentações ou ambivalências superficiais (21).

Por fim, podemos concluir, mencionando que a racionalidade cartesiana induziu a uma hierarquia dos saberes. O verdadeiro saber, o saber racional e iluminado, deve ser deslocado do seu contexto de produção, ou pelo menos ter o máximo de controle acerca dos riscos de sua interferência. A razão foi desconectada do sujeito, da comunidade e da cultura. Qualquer saber fora desse padrão, seria senso comum, ilusão. Nesse sentido, as variações de saber foram enquadradas em formas inferiores e superiores e sob a perspectiva de uma escala progressiva e uma trajetória linear de desenvolvimento de um estágio primitivo para um desenvolvido.

O estudo das RS ao romper com as dicotomias sujeito/objeto, ciências/senso comum, verdade/ilusão, ao considerar a relação sujeito-objeto-sociedade na produção do conhecimento, questiona a hegemonia dos discursos científicos como verdades universais, mostrando que todo saber é representacional.

Da mesma forma, ao considerar que todo saber está ligado a um lugar e é plural, reconhece a diversidade de saberes e a legitimidade e o *status* de suas diferentes formas.

A ideia de um saber mais desenvolvido e melhor que seria referência/base de outros saberes, tem repercutido no campo das aplicações técnicas, resultando em modelos hegemônicos de intervenções sociais muitas vezes invasivas, ineficazes e insustentáveis, tanto na área da saúde como do saneamento.

Jovchelovitch (26), com base em Lévy-Bhrul e seus estudos comparativos entre mentalidades ditas pré-lógicas de povos primitivos e mentalidades lógicas de povos desenvolvidos, discute as limitações das lógicas e destaca que lógicas diferentes não são

mutuamente excludentes, e por isso, não comportam necessariamente a substituição de uma por outra, pois o referido estudo mostrou que “o pensamento lógico não é capaz de superar inteiramente a mentalidade pré-lógica. Nas palavras da autora (26):

Os insights de Lévy-Bhrul sobre a relação entre padrões culturais e modalidades do saber ajudaram a iluminar a gênese e variação dos códigos semióticos que dão forma ao modo como comunidades humanas dão sentido ao mundo e se comportam em relação a ele (p. 27).

Dessa forma, o desenvolvimento e transformação do saber não percorrem uma trajetória progressiva de uma forma primitiva para uma forma desenvolvida. As formas de saber variam, mas, são legítimas quando consideradas a partir dos contextos em que são usadas e as funções a que se destinam.

O estudo das RS nas várias esferas públicas busca desvelar como contextos e comunidades diferentes produzem saber sobre si mesmos e sobre outros, bem como sobre questões que são relevantes para seu modo de vida que, no caso desta pesquisa, trata-se do saneamento e da saúde.

Para se alcançar a universalização do saneamento torna-se imprescindível a identificação dos saberes que darão suporte à sua efetivação e sustentabilidade no campo da saúde pública. Não se trata de sobrepor conhecimentos, mas de relacioná-los, entender como cada um contribui e como eles podem conversar em prol de um interesse comum.

3.2 SANEAMENTO E SAÚDE

A percepção de que a vida em comunidade demanda algum gerenciamento de riscos à saúde parece ser remota. Em antigas civilizações encontram-se evidências de hábitos sanitários como, por exemplo, existência de banheiros e esgotos em construções, drenagem nas ruas e aquedutos. (27)

Hipócrates, no tratado Ares, Água e Lugares, já indicava a relação de causalidade entre fatores do meio físico e doença. Em tempos mais recentes, Snow, em 1954, comprovou que o surto de cólera em Londres era consequência do consumo pela população de uma fonte de água contaminada. (27)

Iniciativas de implantação de sistemas coletivos de abastecimento de água, ainda no século passado, apontavam para uma gradativa melhora nos quadros de saúde, como, por exemplo, diminuição dos casos de febre tifoide, e decréscimo da taxa gastroenterites (27).

No início da década de 80, ganham força as pesquisas que buscam elucidar e respaldar cientificamente essa relação entre condições sanitárias e de saúde, em especial aquelas voltadas ao abastecimento de água e esgotamento sanitário. Tais pesquisas buscam analisar o comportamento dos organismos patogênicos no meio ambiente (28).

Ainda no final da década de 70, as doenças infecciosas passaram a ser estudadas e categorizadas a partir dos seus mecanismos de transmissão e desenvolvimento. Esse olhar para os mecanismos de transmissão das doenças passou, então, a instrumentalizar o planejamento das ações de saneamento com vistas a melhorar seus impactos na saúde humana. Desta forma, a longo prazo, a implementação integrada e a correta manutenção e operação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, constituem a melhor forma de controle dessas doenças.

Entretanto, grande parte dos estudos desenvolvidos enfatizavam a relação entre saneamento e doenças, não apreendendo, portanto, seus impactos sobre a saúde em si, inclusive, saúde entendida na amplitude proposta pela OMS. É Cvjetanovic (1986), quem vai propor esse olhar mais sistêmico sobre a questão da saúde, agregando fatores sociais e econômicos e trazendo à pauta os efeitos diretos e indiretos que as ações de sistema de abastecimento de água e esgotamento sanitário produzem na saúde da população, principalmente, em decorrência do nível de desenvolvimento que eles possibilitam à localidade atendida. (28)

Todos os grupos de enfermidades foram enquadrados como Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), pois, associam-se ao abastecimento de água deficiente, ao esgotamento sanitário inadequado, à contaminação por resíduos sólidos e/ou às condições precárias de moradia (29).

A partir de adaptações da classificação proposta por Cairncross e Feachem (1993) e com a finalidade de explorar os Sistemas de Informações de Saúde, conforme a distribuição das doenças no Brasil, as DRSAI foram organizadas em cinco categorias conforme sua forma de transmissão e principais estratégias para seu controle, conforme mostra a tabela abaixo: (29)

Tabela 1 – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (Drsai)

Categoria	Doença	CID-9	CID-10
Doenças de transmissão feco-oral	Diarreias Febres entéricas Hepatite A	001; 003; 004; 006-009 002 070.0; 070.1	A 0 0 A02 - A 0 4 A06-A09 A01 B15
Doenças transmitidas por inseto vetor	Dengue Febre Amarela Leishmanioses L. tegumentar L. visceral Filariose linfática Malária Doença de Chaga	061 060 085 125 084 086	A90; A91 A95 B55 B74 B50-B54 B57
Doenças transmitidas através do contato com a água	Esquistossomose Leptospirose	120 100	B65 A27
Doenças relacionadas com a higiene	Doenças dos olhos Tracoma Conjuntivites Doenças da pele Micoses superficiais	076 372.0 110; 119.9	A71 H10 B35;B36
Geo-helminhos e teníases	Helmintíases Teníases	122;0126-129	B68; B69; B71; B76-B83 B6

Fonte: Brasil (2010).

A definição clássica de saneamento foi dada, segundo Heller (30), pela OMS e expressa que “constitui o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem

ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu estado de bem-estar físico, mental ou social” (p.

14). Já o saneamento ambiental é definido como:

O conjunto de ações socioeconômicas que têm por objetivo alcançar níveis de salubridade ambiental, por meio do abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária do uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural (31) (p. 14).

Ao se relacionar os conceitos, evidencia-se que o enfoque ambiental das ações de saneamento pode atuar em duas perspectivas, quais sejam: a de prevenção das doenças e seus agravos e a da promoção da saúde.

No Brasil, essa relação de causalidade entre saneamento e saúde, legaliza-se em 1990, quando a Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no País, expressa em seu artigo 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o saneamento básico.

Em 2007, a Lei 11.445, conhecida como marco legal do saneamento básico, estabelece que os serviços públicos de saneamento básico devem ser realizados de forma adequada à saúde pública e em atendimento aos princípios da universalização do acesso e da articulação com a política de promoção à saúde, dentre outras, marcando assim, o caráter intersetorial da sua prática.

Nos dias de hoje, inúmeras pesquisas corroboram a relação de causalidade entre saneamento e saúde. Estudos do Instituto Trata Brasil (32), mostraram que, no Brasil, segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2004), 26%, ou seja, 48,7 milhões de pessoas não tinham acesso à rede geral de distribuição de água e 118,3 milhões de brasileiros, ou seja, 65,2% deles, não tinham acesso à coleta de esgoto em suas residências. No mesmo ano, registrou-se 538,9 mil internações por doenças gastrointestinais infecciosas na rede do SUS, indicando uma taxa de incidência de quase 3 mil internações a cada 10 mil habitantes.

Em 2016, quando o número de pessoas sem acesso à água tratada foi reduzido para 39,5 milhões e o de pessoas sem acesso à coleta de esgoto caiu para 49,6%, o número de internações caiu para 275,1 mil, indicando uma redução da taxa de incidência para 1,3 mil internações a cada 10 mil habitantes. Isso indica uma redução de 55% na taxa de incidência de internações por doenças gastrointestinais infecciosas nesses 12 anos (32).

Ainda como reflexos do saneamento, o Instituto Trata Brasil (32), referindo-se sobre um estudo do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas, em 2008, permitiu auferir que aquele que morava em domicílio sem acesso à água e ao serviço de coleta de esgoto tinha uma escolaridade 25,1% menor do que aquele que residia em moradias com acesso integral ao saneamento, chegando essa diferença a 16,6% nas capitais brasileiras. Complementando esse estudo, em 2017 o Instituto desenvolveu uma análise estatística com o objetivo de identificar a relação entre o acesso ao saneamento e os anos de atraso na educação da população em idade escolar no Brasil.

Baseado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continuada de 2016 (33), a análise isolou outras variáveis socioeconômicas que pudessem concorrer para o atraso escolar da população estudada. Os resultados permitiram constatar que:

As crianças e jovens que moravam em áreas sem acesso aos serviços de coleta de esgoto tinham, em média, um atraso escolar 1,5% superior ao daqueles que moravam em locais com coleta de esgoto. Aqueles que moravam em áreas sem acesso à rede de distribuição de água tinham, em média, um atraso escolar 1,1% maior que o das crianças e jovens que moravam em áreas com acesso à rede geral de abastecimento de água. A falta de banheiro na moradia aumentava em 7,3% o atraso escolar dos jovens (32).

Segundo o DATASUS (2019), as doenças por veiculação hídrica incorreram no registro de mais de 273 mil internações e 2.734 óbitos, em 2019. Segundo o Instituto Trata Brasil (31), no mesmo ano foi gasto, no SUS, 108 milhões com internações por enfermidades

dessa natureza. Em 2015, a taxa de mortalidade de crianças com até 5 anos de idade foi de 16,4 mortes por 1.000 nascidos vivos no Brasil.

As doenças negligenciadas pela falta ou precariedade do saneamento, principalmente em abastecimento de água e esgotamento sanitário, acarretam mortes prematuras e impactam na capacidade produtiva. Acrescenta-se que as enfermidades decorrentes dessa situação afetam em maior grau as crianças menores de 5 anos de idade (34).

Apesar de consolidado o entendimento dos impactos do saneamento na saúde humana, Heller (30) chama a atenção para o fato dos programas governamentais no campo do saneamento não considerarem os instrumentos da saúde pública no planejamento das ações. Para esse autor é importante que se compreenda e se considere a complexa faceta entre saneamento e saúde para que as intervenções em saneamento sejam eficazes.

Andeazzi, Barcellos e Hacon (35) referem-se a estudos que demonstram que o modelo epidemiológico e as estratégias de controle sanitário utilizadas na abordagem das doenças infecciosas durante as duas décadas mostraram-se inadequados para o enfrentamento das doenças emergentes e re-emergentes que vêm causando enormes impactos sobre a saúde, a economia e os ecossistemas, pois priorizam os riscos individuais e fatores de vigilância epidemiológica e de fronteiras.

Andeazzi, Barcellos e Hacon (35) chamam a atenção para a

Necessidade de uma abordagem integrada entre as partes e o todo, entre o lugar e o seu contexto globalizado, devendo ser entendido o binômio saúde/doença como um processo coletivo, recuperando o “lugar” (definido como uma conjunção de fatores históricos, sociais e ambientais que produzem no espaço geográfico contextos particulares dos problemas de saúde) como espaço organizado para análise e intervenção (p. 212).

Andeazzi, Barcellos e Hacon (34) enfatizam ainda a

Necessidade de identificar, para situações específicas, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro

dos ecossistemas modificados pelas atividades econômicas, através de um enfoque interdisciplinar e interinstitucional (p. 212).

Em outras palavras, o que os autores trazem para o cenário do saneamento é a perspectiva multidimensional, intersetorial, transdisciplinar e territorial que deve orientar as intervenções de saneamento. Ou seja, toda intervenção de saneamento deve ser pensada em relação ao contexto ambiental, social, cultural e político que dinamiza e produz um modo de vida local.

Dias (36), com base nos estudos de Cairncross *et.al* (1996), traz o domínio público e doméstico para a discussão das estratégias de controle ambiental. As infecções que exigem intervenções ambientais são transmitidas nos dois espaços, entretanto, as intervenções de saneamento enquanto ação do Estado e de saúde pública incidem no âmbito coletivo/público, deixando o espaço doméstico sob responsabilidade dos que o habitam. Tendo em vista que essas doenças transitam entre os dois espaços, direcionar a ação a um só deles, compromete o alcance do objetivo.

Para além das orientações e das ações de educação, faz-se necessário que as políticas públicas de saneamento e de saúde promovam ações de manejo das águas, dos esgotos e resíduos, incluindo intervenções na escala domiciliar (36).

A partir de estudos da gestão da água domiciliar, a OMS concluiu que intervenções de baixo custo no uso doméstico e nível comunitário impactam de forma significativa e positiva na qualidade microbiológica da água de uso doméstico armazenada, reduzindo os riscos de doença diarreica e óbito. (Clasen e Cairncross (2004), *apud* Dias (36))

Dias (36) explica que, com o objetivo de garantir o consumo e acesso das famílias à água potável, o Centers for Disease Control and Prevention Comitê (CDC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveram o programa Safe Water System (SWS). O Programa se propõe a promover mudança de comportamento e fornecer soluções acessíveis e

sustentáveis para tratar e armazenar, de forma segura, a água no âmbito intradomiciliar e de outros equipamentos sociais. A cloração, a floculação e desinfecção em pó, a desinfecção solar, a filtração de areia lenta e a filtração cerâmica, são algumas das opções apresentadas para esse fim. Para tanto, avalia-se as condições existentes de água e saneamento, as práticas culturais, a viabilidade de implementação, a disponibilidade de tecnologia e outros condicionantes locais.

Souza e Freitas (37; 38) têm discutido as abordagens do saneamento e sua relação com a saúde e o ambiente na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção da doença. Em ambas o saneamento consiste em uma intervenção no meio físico com vistas à melhoria da saúde humana e ambiental. O que diferencia e distancia uma da outra é o modo como os conhecimentos científicos e as possibilidades operativas das técnicas se desenvolvem e se articulam nas práticas, o que depende da subjetividade e visão de mundo de quem as concebem, planejam e executam.

Nesse sentido, uma intervenção preventivista considera o ambiente apenas em seu aspecto físico e a saúde como ausência de doenças. A preocupação recai em romper ou minimizar a cadeia de transmissão dos seres patogênicos através da implantação de uma tecnologia adaptada às características da área física de sua instalação. A ação fica centralizada no espaço técnico da engenharia, toda articulação institucional se destina à sustentabilidade operacional da tecnologia implantada e a equipe de educação em saúde ambiental atua com a proposta de ensinar novos hábitos e costumes à população (38).

De outro modo, a intervenção no sentido da promoção da saúde, configura-se multidimensional porque compreende o ambiente em seus múltiplos aspectos (físico, social, político, cultural e econômico) e a saúde na ótica dos determinantes e determinações sociais da saúde. A implantação da tecnologia se integra a um conjunto de ações de educação que favorecem a capacitação e a participação dos usuários nos espaços de decisão e de pactuação de ações e responsabilidades. A articulação entre instituições e entre essas e a população se

destina à sustentabilidade das tecnologias e das ações a elas associadas e ao fortalecimento comunitário para atuar em prol da saúde humana, da salubridade ambiental e do desenvolvimento comunitário. Nesse sentido, a concepção de promoção da saúde, ultrapassa o conhecimento científico e a aplicação da técnica, exige reconhecimento do usuário como sujeito e discernimento e sensibilidade para perceber as singularidades do local da intervenção (38,39).

As intervenções de saneamento, no entanto, têm se mostrado hegemonicamente de engenharia e substancialmente tecnocêntricas, ou seja, centralizadas em planejamento, conhecimento e decisões técnicas e centradas na replicação massiva de tecnologias, independente dos contextos de sua aplicação. Condições sociais, culturais, ambientais e políticas e situação de saúde locais, assim como participação social, não são consideradas na priorização das intervenções, nem na concepção das tecnologias.

Esse olhar reducionista da realidade e esse fazer tecnicista que tem prevalecido no setor do saneamento acabam por dificultar a universalização do acesso e promover a exclusão sanitária, uma vez que ao desconsiderarem a complexidade e multidimensionalidade do saneamento, não incorporarem outros saberes e negligenciarem a intersetorialidade e a abordagem interdisciplinar, tornam as decisões e as ações pouco efetivas e sustentáveis. (40) Expressam o exercício do biopoder, uma vez que se legitimam dispor da vida por meio de mecanismos de submissão e domínio (41).

Czeresnia (39) lembra que uma situação de saúde é avaliada e elaborada sobre o crivo intencional do sujeito que a analisa e interpreta, o que desponta a importância de se diferenciar necessidade de saúde do problema de saúde, pois, a primeira pode ser analisada por meio de critérios e procedimentos objetivos, já o segundo exige uma abordagem mais complexa e são priorizados de acordo com a subjetividade individual e coletiva dos atores a partir dos lugares e posições que ocupam. Dessa forma, uma intervenção que não leva a cabo um fazer comunicativo, coloca em risco todo o alcance da sua pretensão.

Depreende-se daí a importância de uma ação de base territorial. Como expressa Villardi *et al* (42) quando se aborda a relação saúde, ambiente e desenvolvimento, o território assume centralidade tanto a nível operacional quanto analítico. Segundo os autores,

“por meio de sua análise, é possível identificar e explicar os problemas que envolvem a sustentabilidade da vida social, os usos dados aos seus ecossistemas e os conflitos decorrentes dessa apropriação pelos atores sociais e suas diferentes formas de lhe atribuir valor”. (p.43)

Implícita na relação entre saneamento e saúde está a interação entre humanidade e ambiente. Ao se pensar a saúde a partir da intervenção no ambiente não se pode deixar de incluir nessa conta as relações que as pessoas estabelecem com o seu entorno. O viés sanitário não se localiza na tecnologia/ambiente físico (esse é parte do problema), mas transcende para a relação pessoa-ambiente.

No processo de territorialização e na dinâmica da territorialidade dos lugares pessoa e ambiente se influenciam mutuamente. A relação das pessoas com o ambiente é orientada pela representação social que o indivíduo e o grupo elaboram sobre ele a partir das experiências passadas e presentes, das expectativas futuras, dos valores, dos interesses e da cultura. Essas representações organizam e estruturam o real em um sistema cognitivo coerente, orientando a compreensão do ambiente e a atuação sobre ele. Da mesma forma, são essas representações do ambiente que darão sentido e significado à relação entre tecnologia e ambiente, definindo os contornos da relação entre os dois polos e as possibilidades e limites dos seus efeitos.

Dessa forma, podemos dizer que “além de seu papel funcional de base física das interações sociais, o território é também simbólico, pois define representações singulares, desejos, emoções e significados que decorrem da territorialização das ações humanas”. (42) (p. 44)

Tais considerações mostram que a relação do saneamento com a saúde não se dá no campo da objetividade, mas das representações que se expressam nos saberes que a permeiam.

A conexão não se estabelece pela consideração e aplicação objetiva da tecnologia no ambiente, não existe relação direta entre os dois, mas uma dinâmica mediada pela subjetividade e intersubjetividade dos atores implicados. É nesse interim que reside a importância de um fazer comunicativo da engenharia acompanhado de uma ação de educação que fomente a participação social e o diálogo entre os atores, pois, é por meio da interação e da comunicação entre eles que a intervenção de saneamento transcende o caráter físico e alcança a dimensão social e sanitária.

3.3 SANEAMENTO RURAL

Em 2010, data do último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (43), o Brasil, contava com uma população de 190.732.694 pessoas. Dessas, cerca de 29,9 milhões de indivíduos residiam em localidades rurais, totalizando aproximadamente 8,1 milhões de domicílios. De acordo com o mesmo Censo (43) e com o Plano Brasil Sem Miséria, Decreto nº 7.492/2011, é na área rural que se encontra quase a metade (7,6 milhões dos 16,2 milhões de indivíduos) das pessoas que vivem em condições de extrema pobreza, ou seja, 25% de toda população rural brasileira. 59% deles (9,6 milhões de pessoas) estão concentrados na Região Nordeste. (44)

No que se refere ao saneamento desse contingente de excluídos, 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossa séptica e 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estão ligados à rede geral de distribuição de água e não têm poço ou nascente na propriedade (44).

O Brasil possui uma dívida histórica com o saneamento rural. Funasa (14), citando PNAD/2014, menciona que apenas 33,4% dos domicílios rurais estão ligados às redes de abastecimento de água, com ou sem canalização. Os outros 66,6%, utilizam formas alternativas de abastecimento, como água de chafarizes e poços, protegidos ou não, rios, açudes, lagos e

igarapé sem nenhum tratamento, carro pipa, cisternas de água de chuva, dentre outras fontes alternativas, geralmente inadequadas para consumo humano.

Nessas áreas, devida a baixa qualidade ou insuficiência da água é comum o uso de múltiplas fontes de abastecimento, entretanto, o atendimento por poços ou nascentes ainda constitui forma hegemônica, por serem consideradas de melhor qualidade e, por isso, segundo entendimento da população, dispensarem tratamento ou, quando muito, exigirem apenas métodos simplificados, como a desinfecção (14).

Ainda, tendo como referência a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Dias (36) cita que o esgotamento sanitário, apresenta o seguinte cenário: apenas 5,1% dos domicílios na área rural estão ligados à rede de coleta de esgotos; 2,7% utilizam fossa séptica ligada na rede coletora e 23,5% fossa séptica não ligada na rede coletora. Nos demais domicílios rurais, 49,9% possuem fossas rudimentares: 7,4% lançam em valas, cursos hídricos e 11,4% não dispõem de nenhuma solução.

Cabe destacar que o *déficit* de banheiros em domicílios rurais apresentou significativa redução, passando de 60%, em 1991, para 15% em 2010. (14)

Em relação ao manejo dos resíduos sólidos, 20% é coletado porta a porta, 7% coletado por caçambas, 11% jogado em logradouro público (terrenos baldios, vala, rio, lago, mar ou outros), 4% enterrado e 58% queimado (14). A prática predominante da queima, caracteriza-se pela “[...] simples necessidade de eliminar o resíduo, com frequentes justificativas relacionadas à demora da coleta pela prefeitura e o fato de que “a acumulação atrai animais e doenças” e também por questões culturais, “para espantar os mosquitos” (p. 16).

De acordo com o Plansab, a Política Federal de Saneamento Básico deveria se efetivar através de três programas: o Saneamento Básico Integrado, o Saneamento Rural e o Saneamento Estruturante (6).

Em 2019, com o intuito de saldar essa dívida de exclusão sanitária com as populações rurais, o governo federal, lançou o Plano Nacional de Saneamento Rural que através da Portaria nº 3.174 do Ministério da Saúde, converteu-se no Programa Saneamento Brasil Rural (PSBR) e, mais recentemente, por meio do Decreto nº 11.333 de 01 de janeiro de 2023 passa a ser denominado Programa Nacional de Saneamento Rural (PSNR)

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) coordenou a formulação do plano e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) coordenou a execução do projeto. A elaboração do PNSR desenvolveu-se através de amplos e diversificados espaços de diálogo, debate e construção coletiva. Participaram do processo representantes governamentais do âmbito federal, estadual e municipal, tanto quanto da sociedade civil relacionados com o saneamento rural, assim como tiveram voz e vez os povos da água, do campo, da floresta e águas.

Tendo como referenciais e princípios os direitos humanos, a promoção da saúde, a erradicação da pobreza extrema e o desenvolvimento rural solidário e sustentável o Programa objetiva garantir a universalização e integralidade dos serviços de saneamento em áreas rurais, tendo em conta a sócio biodiversidade dos povos que as habitam.

O PNSR se estrutura sob o prisma de três eixos estratégicos:

- a) Tecnologias sociais (TS): que devem responder às particularidades regionais e locais;
- b) Gestão, manutenção e operação do saneamento: que devem garantir a sustentabilidade dos serviços implantados através de alternativas e modelos de gestão possíveis ao contexto;
- c) Mobilização e participação social: que se referem à educação em saúde, participação e controle social.

Em conformidade com os eixos estratégicos, são propostas:

Matrizes de soluções técnicas, cuja aplicabilidade depende de condicionantes ambientais, hidrográficos, de acesso, de adensamento domiciliar, entre outros, particulares de cada território. Associam-se a esse repertório os requisitos para sua implantação, operação, manutenção e sustentabilidade, e arranjos para a promoção de ações, na perspectiva da educação permanente e da educação popular, bem como da participação social (14).

O PNSR estabelece metas de curto, médio e longo prazo, para um horizonte de 20 anos (2019-2038) melhorar as condições sanitárias da população rural brasileira, com investimentos em medidas estruturais e estruturantes.

De acordo com o Instituto de Tecnologia Social (ITS) (46), Tecnologia Social (TS) se refere a “um conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida” (p. 26). A sua concepção não implica o simples acesso a uma tecnologia. É um termo histórica e socialmente contextualizado, fruto de uma reflexão teórica que rechaça a neutralidade científica e tecnológica e o determinismo tecnológico.

Não cabe a ideia de que problemas e soluções sejam pensados, discutidos e solucionados sem a participação daqueles direta e diariamente implicados neles. De acordo com Costa (47),

A tecnologia não pode ser vista como um artefato isolado: ela carrega seu contexto e se relaciona com diversos aspectos da sociedade, sendo produto e resultado desses aspectos e gerando impacto sobre eles. Assim, buscar soluções tecnológicas para problemas populares não pode significar soluções padronizadas e em massa. A construção e formulação tecnológica deve envolver movimentos sociais, os próprios beneficiários e os atores dos contextos específicos (p. 22).

Assim, TS consiste numa proposta inovadora em que a construção e participação social alia saber popular, organização social e conhecimento técnico-científico desde a sua concepção até a sua implementação.

Pressupõe a garantia de resultados materiais, mas também ganhos no modo de fazer que se fundamenta na participação democrática, gerando produção e distribuição de conhecimentos e aprendizagens para todos os atores envolvidos, com consequente empoderamento e emancipação social. Este enfoque vem reivindicar, além do mais, a valorização dos saberes populares e a sensibilização explícita por parte das entidades que integram o sistema para o diálogo entre os saberes populares e científicos (48).

Por esse cunho social, contextualizado, inovador e transformador que a caracteriza, não se pode falar em replicação de uma TS, mas, em reaplicação, pois, ainda que ela tenha sido objeto de uma experiência exitosa, ela precisará ser reprojeta para se adequar a um outro contexto.

Além do *déficit* na cobertura do saneamento rural, a sustentabilidade dos serviços implantados também tem se revelado objeto de preocupação técnica e estudos científicos. Uma das principais constatações a respeito de projetos públicos de saneamento rural no Brasil é que a maioria dos sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário implantados em zona rural é deficitário, têm problemas operacionais ou são indevidamente utilizados. Assim, aos investimentos volumosos somam-se experiências fracassadas em que tecnologias estão em desuso, abandonadas pelos usuários e a situação de saúde segue comprometida. O Grupo Rotarianos em Ação pela Água e Saneamento (sigla em inglês WASRAG) concluiu, em 2012, que aproximadamente 50% dos projetos de saneamento fracassaram após cinco anos de implementação nas comunidades rurais da Indonésia, 40%, inclusive, foram abandonados depois de 4 anos da instalação (49).

Os fatores que influenciam a sustentabilidade de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário tem sido objeto de vários estudos. De modo geral, eles apontam determinantes de ordem técnica, social, institucional, ambiental, financeira e de saúde. Fatores que perpassam a dimensão ambiental, tecnológica e comunitária e exige empenho, compromisso e responsabilidades individuais, coletivas e institucionais.

Quando se pensa o saneamento na perspectiva da saúde pública, então, esse caleidoscópio se amplia e se aprofunda, trazendo à tona a necessidade de arranjos intersetoriais, construções de redes e desenvolvimento de consciência política, técnica, social e ambiental capaz de fomentarem responsabilidades e atuações em níveis escalonados.

Vários têm sido os caminhos pensados e propostos para o enfrentamento da sustentabilidade das ações de saneamento rural, deve-se registrar, inclusive, que as dimensões a serem abordadas são diversas. Fica evidente, no entanto, que ela jamais será possível, sem que a comunidade seja implicada nessa pactuação.

O PNSR propõe uma atuação de base territorial orientada para problemas definidos coletivamente em processos participativos e descentralizados. De certo modo, como coloca Villardi *et al* (42) são as formas de desenvolvimento territorializadas que irão orientar a formulação tecnológica capaz de intervir na relação local entre saúde e ambiente. Ademais, “no âmbito do saneamento, a utilização de tecnologias sociais apropriadas aos contextos de cada território pode promover mudanças estruturantes, inclusive na forma de interação e apropriação”. (p. 52)

Mais uma vez depara-se com a dimensão humana e toda a complexidade simbólica, cultural, social, ideológica e afetiva (dentre outras) que a compõe, pois, a sustentabilidade deve ser costurada pela comunicação, pela ação e pela organização humana na inter-relação entre tecnologia-comunidade-ambiente e no encontro dos conhecimentos técnicos-populares-científicos que transformados pelo diálogo horizontal são ressignificados sob um propósito comum. Nesse sentido, as ações e as tecnologias de saneamento devem estar sustentadas na cultura, nos valores, nos interesses da comunidade e na forma como ela se relaciona com o ambiente, como ela o percebe, representa e com ele interage.

Cumprido o desafio da elaboração do PSBR, fica o desafio da sua implementação que prescinde da visão de mundo em que se pauta a atuação técnica e a vontade política, de recurso financeiro, além de, participação e controle social.

3.4 SEMIÁRIDO E A QUESTÃO DA ÁGUA

Assim como o ar, a água é elemento essencial à vida. Em 2010, a ONU (50) reconheceu o direito a água limpa e segura como um direito humano, visando garantir a todos, acesso seguro em quantidade e qualidade e a valores sustentáveis para uso doméstico. Garantir esse direito não é uma tarefa tão fácil. Apesar de a água ser um recurso abundante no planeta, apenas 2,5 da sua totalidade é doce e, portanto, disponível para abastecimento público. A tarefa se torna mais árdua quando se pensa na disponibilidade de água com qualidade para consumo humano.

Embora seja fonte de saúde e qualidade de vida, a água, também, pode oferecer riscos à saúde em virtude da presença de contaminantes físicos, químicos ou biológicos. Portanto, considera-se água para consumo humano aquela que atendidos os padrões de potabilidade vigentes na legislação, pode ser utilizada para a ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal.

Segundo a ONU (50), 110 litros/dia é a quantidade suficiente para atender as necessidades básicas de uma pessoa. Para quem a tem em quantidade e qualidade diária, a sua falta pode ser só um detalhe ou contratempo; entretanto, para mais de 2 bilhões de pessoas a escassez e/ ou dificuldade de acesso a ela é uma realidade cotidiana, com impactos múltiplos. Dentre outros, perde-se em saúde, em desenvolvimento e em educação quando se tem acesso limitado ou inexistente a esse recurso. A questão da água não está só na capacidade hídrica do planeta, mas, na sua distribuição e acesso desiguais.

O semiárido brasileiro é uma região historicamente marcada pela questão climática e de forma central, pela questão da água. Caracteriza-se por altas temperaturas, baixo índice pluviométrico, com chuvas irregulares, escassas e mal distribuídas, longos períodos de estiagem, alto índice de evaporação e baixa perenidade dos rios. Essa variabilidade espacial e temporal das chuvas aliada à sua escassez favorece a ocorrência das secas – fenômeno natural e cíclico nessa região. A pouca profundidade do solo reduz a capacidade de absorção da água da chuva e a sua natureza cristalina limita a disponibilidade de água nos aquíferos subterrâneos, bem como, sua qualidade devido à alta concentração de sais minerais.

O semiárido brasileiro é um dos mais chuvosos e por isso um dos mais populosos, também. A precipitação na área varia entre 250 mm e 800 mm por ano, concentrada num curto período de quatro meses. A elevada taxa de evaporação faz com que a quantidade de água evaporada seja maior do que a precipitação. Esse conjunto de fatores contribui para um relevante *déficit* hídrico, com comprometimento do acesso a água em quantidade e qualidade.

O semiárido costuma estar associada a uma imagem de natureza severa, paisagem inóspita e lugar com poucas possibilidades de vida, mas, se por um lado, a irregularidade das chuvas e as altas taxas de evapotranspiração contribuem para o risco constante da escassez hídrica, por outro, o fenômeno das monções torrenciais, que caem eventualmente em períodos curtos e provocam cheias, dão vida nova aos mananciais intermitentes, revitalizam a vegetação e ajudam a recuperar os reservatórios. Essa dualidade climática torna o semiárido brasileiro um dos mais habitáveis do mundo, mas também, uma região particularmente suscetível às mudanças climáticas, razão pela qual o estudo do seu clima conta com monitoramentos científicos e com a sabedoria popular do seu povo.

Para além desses fatores climáticos, a concentração de terras propiciou a concentração e apropriação das fontes hídricas (36). A combinação do cultivo inadequado da

terra, associado às variações climáticas e às características do solo pedregoso ou impermeável, colocaram em curso um processo de desertificação de grandes áreas dessa região.

O semiárido brasileiro estende-se por nove Estados nordestinos e o norte de Minas Gerais. Integra 1.262 municípios e ocupa cerca de 12% do território nacional. Contabiliza, aproximadamente, 27 milhões de brasileiros, o que representa 12% de toda população Brasileira. É nessa região, também, que, segundo dados do Censo Demográfico (43), estão quase 20% dos extremamente pobres do Brasil, ou melhor, 3 milhões de pessoas. Todos os municípios apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo do Brasil e mais da metade deles (60,09%), possuem IDH muito baixo ou baixo.

Acrescenta-se que a maior parte da população depende da transferência de recursos da esfera federal ou estadual. Entretanto, o número dos que lá habitam desmentem a ideia de uma região sem vida. Esse cenário de vulnerabilidade social na região decorre da integração da má distribuição dos recursos hídricos com a degradação do solo da caatinga devido a formas intensivas de exploração. Tais fatores comprometem e reduzem, drasticamente, a capacidade produtiva, resultando em baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico (51).

Ao longo de muitos anos e ainda hoje, embora em menor escala, as políticas públicas na região foram orientadas para o “combate à seca e seus efeitos”. Geralmente, consistiam em grandes obras de infraestruturas hídricas como açudes e barragens, muitas vezes destinadas a atender demandas das cidades/indústrias e perímetros irrigados. Ou seja, ações que traduziam a concentração de água. Outras vezes, consistiam em ações pontuais, emergenciais que perpetuavam uma dependência política que se materializava em troca de favores e/ou voto. (51). Ou seja, a região era considerada a partir de seus limites e não de suas potencialidades e possibilidades e, assim, mantinha-se carente de políticas adequadas para o seu “desenvolvimento”.

A partir das décadas de 90, novos autores e atores sociais e políticos protagonizam uma ruptura desse ciclo, propondo novos rumos, novos olhares para as questões ambientais, sociais e políticas que permeiam a realidade do semiárido brasileiro. Fazem emergir o paradigma da ‘convivência com o semiárido’. Não se trata mais de enfrentar a seca, mas, de fomentar uma relação de convivência entre as pessoas e a natureza, que garanta a sustentabilidade ambiental e que promova a qualidade de vida através da inclusão social e produtiva.

Esse ‘pensamento crítico’ sobre o semiárido faz emergir novos valores éticos e propõe critérios alternativos de sustentabilidade do desenvolvimento, ao repensar e reinterpretar a tecnologia, a economia e a política adequadas às especificidades da região. Não se trata mais de orientar os conhecimentos e tecnologias para a exploração socioambiental, com a finalidade da geração de riquezas; trata-se de pensar e fomentar ‘tecnologias alternativas’, orientadas para uma produção apropriada ao ambiente e à cultura local, tendo por finalidade explícita a melhoria da qualidade de vida da população sertaneja. Não cabe mais o monopólio do poder, mas a participação e o empoderamento social, fazendo da democracia o pilar do desenvolvimento.

Atualmente, esse preceito tem ganhado força nas justificativas e proposições de vários programas governamentais para o semiárido. Segundo o Santana, Arsky e Soares (51),

Nesse contexto, tem crescido a percepção de que são necessários programas, processos e ações de desenvolvimento sustentável que envolvam a participação das comunidades e se utilizem de soluções compatíveis com as características econômicas e sociais peculiares dessa população. A implementação de estruturas descentralizadas de abastecimento de água, por exemplo, que promovam a democratização do acesso e sua apropriação pela sociedade, é fundamental para o atendimento das famílias rurais de baixa renda, muitas vezes localizadas de forma dispersa no território (p. 3).

O Programa 1 Milhão de Cisternas (PIMC) é um exemplo de iniciativa de descentralização e democratização da água pautada na racionalidade da convivência com a seca

e na perspectiva da tecnologia social que teve forte impacto social no semiárido. As famílias passaram a ter certa autonomia de água e passaram a ser gestoras da própria água.

Iniciado no ano de 2000 pela Articulação Semiárido Brasileiro (ASA) - hoje, uma rede composta por mais de 3.000 organizações da sociedade civil, de distintas naturezas, que atuam em todo o semiárido - em 2003, passou a receber financiamento do Governo Federal. A iniciativa, originada pela mobilização da sociedade civil, é, hoje, uma política do Governo com recursos previstos no Orçamento Geral da União, é uma tecnologia social reconhecida e legitimada pelo Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) como componente de segurança alimentar e nutricional (52).

Assim como as cisternas, nessas áreas com histórico de restrição de acesso a água em quantidade e qualidade, a instalação de um sistema de abastecimento de água gera grande impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Pineda (53) enumera alguns deles apontados pela literatura:

- 1 - Diminuição da morbidade de doenças de veiculação hídrica e das taxas de mortalidade, especialmente em crianças;
- 2 - Liberação de recursos econômicos, já que as famílias são obrigadas a comprar água, muitas vezes de qualidade duvidosa, por preços pouco acessíveis ou superiores àqueles que pagariam por um serviço de abastecimento de água. A diminuição na ocorrência de doenças também implica um menor gasto com a saúde para a família, dinheiro que pode ser redirecionado para outras necessidades básicas e;
- 3 - Liberação de tempo, principalmente para as mulheres e crianças, que geralmente são as responsáveis pela busca de água. Este tempo pode ser dedicado a outras atividades, como lazer ou outros trabalhos para gerar renda e, no caso das crianças, mais tempo para frequentar a escola e realizar suas atividades educativas (p. 13).

Há, contudo, enormes diferenças entre o processo de implantação de cisternas e de SSAA. Enquanto uma é forjado pela articulação e envolvimento das famílias/usuários durante o processo, o outro tem se constituído como ação técnica/institucional, desenvolvida de forma soberana, massificada, ao largo dos desejos e interesses dos usuários.

Costa (47) ressalta que no desenvolvimento de uma tecnologia social o processo é mais importante que o produto, porque o empoderamento e a inclusão social não decorrem da tecnologia em si, mas das relações que se estabelecem durante o seu processo de construção.

Nas palavras do autor:

Evidentemente, é de fundamental importância a garantia do acesso à água no Semiárido. Contudo, não menos importantes são as dinâmicas de inclusão social, de empoderamento, de criação de vínculos de cooperação e da gênese de uma identidade local e de um sentido de pertencimento à comunidade, que se iniciam e se fortalecem na construção das cisternas. Tais dinâmicas são resultados dos processos de construção, e não produtos do artefato em si (p. 54).

Tais diferenças têm repercutido não só na sustentabilidade desses equipamentos, mas, nas representações que os usuários construíram sobre cada uma delas e que tem orientado práticas de uso, consumo e cuidados com a água frente a uma ou outra.

Mais do que um artefato, a cisterna representa um símbolo de superação, de empoderamento e de pertencimento que, talhado pela mudança de paradigma, tecida nas relações e alianças entre atores da territorialidade semiárido, caiu no gosto popular. Por toda essa simbologia, tem se tornado mais palatável à cultura do contexto e aos sentidos humanos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para Minayo (54), a ciência deve se desenvolver a partir da triangulação entre teoria, método e técnicas. O caminho a ser trilhado depende do escopo do objeto da pesquisa, sendo essencial para seu resultado que essas três vertentes conversem entre si, delineando os instrumentos e estratégias mais adequados à coleta de dados. Somam-se a esses a habilidade, experiência e capacidade de análise do pesquisador.

Considerando-se que as representações sociais devem ser compreendidas a partir do contexto social em que emergem, circulam e se transformam, a proximidade com as condições reais vividas pelos sujeitos deve ser um forte componente da abordagem de pesquisa (25).

Esse estudo consiste numa pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, baseada na teoria das representações sociais. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo identificar e descrever características de determinada população ou fenômeno ou, então, relacionar variáveis. E a exploratória busca lançar luz a uma questão ainda não muito explicitada e formular hipóteses (55).

A pesquisa foi desenvolvida, entre o mês de dezembro de 2021 a maio de 2022, na comunidade rural de Café Campestre, situada a 12 Km do município de Quixadá, esse distante 169 Km da capital do estado, Fortaleza.

O trabalho de campo, no entanto, foi precedido de uma revisão bibliográfica. Nessa etapa, foi realizada pesquisa de publicações a respeito do tema nas bases de dados eletrônicas National Library of Medicine e Scientific Electronic Library Online. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: Saneamento e saúde, Representações sociais, Representações Sociais

sobre saúde, Representações Sociais sobre Saneamento, Percepções sobre saneamento, saúde e ambiente.

Segundo Minayo (56), a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em expressões numéricas. Do ponto de vista dessa concepção, pode-se perceber que a pesquisa qualitativa não exclui a utilização de dados quantitativos, ao contrário, eles podem complementá-la.

A abordagem qualitativa busca reconhecer a história, as relações, as crenças, as percepções, ou seja, é o estudo das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem (56). Sua matéria prima é a experiência, a vivência, o senso comum, a ação. Ou seja, o vivido, a reflexão e compreensão sobre o vivido, os valores, crenças, ideias que dão significado às experiências e sentido à apreensão delas e o modo como esse caleidoscópio sócio-cultural historicamente constituído entre o coletivo e o particular se expressa através dos atos e falas de seus protagonistas (54).

Enquanto caminho interpretativo, a abordagem qualitativa situa-se entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Isso, porque a leitura do analista não se atém ao ‘riscado da letra’, mas ao que está latente, oculto, ao que se desvela enquanto estrutura psicológica ou sociológica (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) no que foi dito, escrito, desenhado, enfim, no que foi expresso. Analisa-se o conteúdo, tendo-se como referência quem fala, por que fala, de onde fala e o que fala. Ou seja, atravessa-se os significantes ou significados (manipulados), em busca de outros «significados» de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc. (57).

Para Minayo (54), a análise qualitativa se movimenta a partir de três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. Compreender que a singularidade do indivíduo se inscreve sob o manto da história coletiva e traz impressa a textura e as nuances da cultura do

grupo. Essa compreensão, portanto, requer o entendimento das contradições que se estabelecem entre a ação e a linguagem quando permeadas pelas relações de poder, produção, pelas desigualdades sociais e pelos interesses. A interpretação é aquilo que o pesquisador capta do que compreende, aquilo que ele constrói a partir do entendimento.

Essas particularidades da abordagem qualitativa conferem a ela duas características relevantes. A primeira delas é a de que seus resultados não podem ser generalizados, tendo em vista se tratar de um universo marcado pela singularidade sócio-histórica que a constituiu, constitui e organiza; a segunda é que nesse tipo de abordagem objeto e pesquisador possuem a mesma natureza, qual seja, social. Nesse cenário, o olhar de quem observa, também, é atravessado pelo contexto sócio-histórico em que está inserido e que marca seus valores e a sua forma de ver o mundo (58).

Isso, no entanto, não a torna menos científica, mas exige um esforço metodológico que seja tecnicamente primoroso na coleta dos dados e no percurso analítico, profundo e sistemático, para assim, reduzir o assédio do subjetivismo e tornar possível a objetivação do conhecimento (54).

Para uma melhor apreensão e compreensão dos conteúdos, o pesquisador pode se valer de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, que permitam a expressão da mensagem e a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens.

No presente estudo, foram definidos os seguintes instrumentos para coleta de dados: observação participante e entrevistas individuais.

A observação participante nos permitiu uma aproximação mais direta com os participantes e o contexto do estudo. Segundo Minayo (56), essa técnica nos permite “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

Ainda segundo a autora, a técnica permite diferentes níveis de inserção do pesquisador na vida do grupo em estudo, variando de uma participação plena a uma participação de total distanciamento.

Nesse trabalho, ela se deu através do olhar atento às atitudes, verbalizações e reações dos entrevistados. Pretendia-se, ainda, realizar caminhadas pela comunidade, entretanto, elas se tornaram inviáveis, pois, em virtude da intensa quadra chuvosa, as visitas de campo, coincidiram com ocorrências de fortes chuvas. Dessa forma, restou à pesquisadora, visita a alguns quintais dos entrevistados e observações das ruas pelas quais passou de carro. Considera-se, todavia, que ambas oportunizaram abstrair práticas de saneamento e saúde ambiental e permitiram ainda, na interlocução com os moradores, avaliar elementos explicativos, valorativos, normativos e culturais que fundamentam essas práticas.

Acredita-se, portanto, que constituiu importante ferramenta para compreender como os discursos se expressam no ambiente, ou melhor, para entrelaçar discursos e práticas locais.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, analisadas e interpretadas.

O formulário aplicado durante as entrevistas estava dividido em 4 partes que totalizavam 32 perguntas. As duas primeiras partes levantavam dados mais descritivos, a terceira mesclava a busca de dados objetivos e subjetivos e a quarta e última, que mergulhava mais diretamente no objeto do estudo, trazia perguntas abertas que permitissem desvelar os significados, sentidos, ideias, percepções, conhecimentos, crenças e relações sobre saneamento e saúde.

Os questionamentos centrais sobre saneamento e saúde receberam duas formulações, a primeira solicitava que o participante dissesse três palavras ou frases que lhe

vinham à mente quando escutava a palavra saneamento e na sequência perguntava-se o que era, então, o saneamento para ele. As mesmas formulações foram feitas acerca da saúde.

No primeiro momento, buscava-se dar à produção um caráter mais espontâneo, projetivo e menos controlado, capaz de facilitar a emergência dos elementos constitutivos do universo semântico dos termos.

Segundo Abric, esse método “permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas” (*Apud* 25).

No segundo momento, procurava-se ampliar o entendimento sobre os sentidos, significados, a relevância e a integração dessas palavras ou expressões através do desenvolvimento do pensamento.

Dessa forma, a primeira pergunta intencionava revelar tão somente a saliência de elementos constitutivos e condensadores das representações sociais. A conexidade e o poder associativo entre eles, foi observado mediante a análise temática dos conteúdos produzidos a partir da pergunta específica que oportunizava discorrer sobre saneamento e sobre a saúde.

Para Reis e Bellini (59) a análise de conteúdo:

Permite visualizar os núcleos organizadores dos discursos, as variáveis e categorias, bem como os conflitos e consensos estabelecidos pelas pessoas dos grupos estudados. Possibilita observar os dados por meio de uma visão ampla, na qual a totalidade do material coletado permite levantar categorias do grupo. (p.154)

A pesquisa qualitativa não se baseia em um critério numérico para garantir sua representatividade. A questão aqui colocada é "quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?" A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. (54)

Projetou-se trabalhar com uma amostra de 10 moradores. A definição quantitativa da amostra considerou o tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa, incluindo-se, a coleta, tratamento, análise e discussão dos dados. Entretanto, considerando-se a disponibilidade

de tempo e de participantes interessados, decidiu-se por realizar duas a mais. Entendeu-se que o acréscimo não implicaria prejuízo ao método, ao mesmo tempo que agregaria expressividade, representatividade e robustez aos dados.

Foram entrevistados 6 homens e 6 mulheres. A paridade de gênero não foi critério da pesquisadora, foi, puramente, obra do acaso. A idade variou de 35 a 84 anos, distribuindo-se da seguinte forma: 2 na faixa de 30 anos; 3 na faixa de 40; 2 na de 50; 4 na de 60 e um na de 80. Zelando pelo anonimato, todos foram identificados pela letra P de participante, seguida do número de ordem de participação de cada um na entrevista. Dessa forma, o primeiro participante foi identificado como P1, o segundo como P2 e assim, sucessivamente.

Para seleção dos participantes, a pesquisadora se valeu, inicialmente, de informantes-chaves e, posteriormente, da técnica da bola de neve. Os informantes-chave fizeram as primeiras indicações das pessoas com o perfil necessário para contribuir com a pesquisa.

Segundo BISOL (60), os informantes-chave são pessoas ativamente envolvidas com a comunidade, com amplo contato local e conhecimento do território, por isso podem fornecer conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre os assuntos de interesse específico do pesquisador, além de facilitar o acesso dele ao grupo e composição da amostra.

Ainda segundo a autora:

Por compartilharem vocabulário, conceitos e vivências, e também por seu conhecimento profundo das normas que regem o funcionamento da comunidade investigada, os informantes-chave poderão se tornar colaboradores especiais da pesquisa: poderão ajudar a formular, expandir ou clarificar as interpretações do pesquisador. (p.722)

No presente estudo os informantes-chave foram a presidente da Associação de Moradores de Café Campestre que, também, é Agente Comunitária de Saúde (ACS) e um dos moradores mais antigos da comunidade.

A técnica da Bola de Neve consiste no encadeamento das indicações iniciais. Dessa forma, cada participante, ao final da entrevista, foi solicitado a indicar uma outra pessoa da sua rede de contatos que julgasse apropriada para participar e, assim, sucessivamente.

Tendo em conta o quantitativo do universo e o tempo de gravação, as transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora.

A metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin, perpassa por três etapas:

- A pré análise;
- a exploração do material
- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise compreende a organização do material a ser analisado, o primeiro contato com ele. Nessa fase, é feita a seleção e reunião dos documentos que serão analisados, constituindo-se, assim, o corpus da pesquisa. Para tanto, é importante que se obedeça ao critério de exaustividade (todos os documentos pertinentes devem ser considerados), de representatividade (a amostra deve representar o universo estudado), de homogeneidade (os documentos devem tratar do mesmo tema, terem sido coletados sob técnicas idênticas e realizadas por pessoas semelhantes) e de pertinência (serem pertinentes ao conteúdo e objetivo da pesquisa). Na sequência, faz-se uma leitura flutuante do material, deixando-se inebriar por sensações, impressões e orientações e formula-se hipóteses e objetivos que levarão à escolha dos índices e à elaboração dos indicadores.

A exploração do material é a fase de sistematização dos procedimentos anteriores. Consiste essencialmente na codificação, ou seja, na transformação dos dados brutos mediante regras precisas de recorte (escolha das unidades de registro), enumeração (escolha das regras de contagem), classificação e agregação (escolha das categorias).

A unidade de registro pode ser uma palavra, uma frase ou um tema. O tema é uma declaração, uma assertiva sobre um assunto, uma unidade de significação que se desprende, naturalmente, de um texto em análise, fazendo emergir núcleos de sentidos pertinentes à teoria e aos objetivos que norteiam a análise. Pode estar abrigado em uma palavra, frase ou resumo e é frequentemente utilizado como unidade de registro para a análise de motivações de opiniões, valores e crenças. (57).

Superada a fase de recortes, o pesquisador procederá com a escolha das regras de numeração e em seguida com a classificação e categorização. A categorização é a reunião de elementos em classes ou rubricas em razão de caracteres comuns a eles e sob um título genérico. Essa classificação se dá inicialmente pela diferenciação dos elementos e, posteriormente, pelos reagrupamentos deles em critérios previamente estabelecidos, tais como, semântico (temas), sintático (adjetivos, verbos), léxico (sentido das palavras), expressivo (perturbações da linguagem). Pode se dar de forma analítica, quando construídas com base na teoria e previamente à coleta de dados ou de forma empírica, quando constituídas a partir do trabalho de campo, como representações de um grupo específico. (57)

Bardin ressalta ainda, que alguns critérios são essenciais à qualidade da categorização, são eles: exclusão mútua (cada elemento só pode estar contido em uma única categoria), homogeneidade (uma única dimensão de análise para cada categoria), pertinência (a categoria deve ser pertinente à teoria, às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa), objetividade e fidelidade (uma categorização bem definida afasta as distorções da subjetividade dos analistas), a produtividade (as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos. (57)

No tratamento dos resultados os dados brutos são submetidos a operações estatísticas simples (contagem) ou complexas (análise fatorial) e o pesquisador mergulha nas reflexões acerca das informações que se destacam da comunicação, propondo inferências e

interpretações baseadas no referencial teórico adotado e nos objetivos propostos pela pesquisa. Pode acontecer, também, de surgirem novos temas e/ou proposições que exijam novos suportes teóricos. É o momento de ler as entrelinhas, buscar o conteúdo latente no discurso manifesto, tornar os dados significativos e válidos.

Encerra-se, assim, a análise de conteúdo. Observa-se, portanto, que o método demanda uma preocupação com o processo, mais do que com o resultado. Entretanto, como coloca Minayo (54): “A qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora. (p.622)

4.2 ABORDAGEM TERRITORIAL

A coleta de dados foi precedida de cuidadosa abordagem territorial. Ainda em 2021, foi realizado contato telefônico com a presidente da Associação de Moradores e, também, Agente Comunitária de Saúde (ACS). Em seguida, realizada uma primeira visita à comunidade, esses primeiros momentos objetivaram apresentar a pesquisadora, comunicar sobre a pesquisa, conhecer a localidade, o Sistema de Abastecimento de Água (SAA) e colher algumas informações a mais sobre o território.

A inserção territorial, de fato, deu-se no período de 14 a 18 de abril de 2022. Já no primeiro dia, em reunião da Associação de Moradores, a pesquisadora foi apresentada pela presidente à comunidade e, na sequência, pode esclarecer sobre a pesquisa, o método, pedir a colaboração deles e, principalmente, assegurar sua presença/olhar enquanto pesquisadora e não como servidora/fiscal da Funasa. Considerou-se que esse esclarecimento seria importante para deixá-los mais à vontade e desarmados para participarem. Foi informado, também, que, ao final da pesquisa, seria dado um retorno à comunidade sobre o estudo.

Na mesma noite, um morador tomou a iniciativa de se apresentar, demonstrando interesse em contribuir. Dessa forma, considera-se que a aproximação com a comunidade se deu de forma progressiva, clara e positiva, conforme proposto e almejado na elaboração do método.

Como previsto, após a transcrição das entrevistas, constatou-se a necessidade de retorno à comunidade para complementação de dados, o que foi feito no dia 02 de maio de 2022. Na ocasião, entrevistou-se novamente 5 dos participantes. A coleta tratava de dados mais gerais sobre a comunidade, o processo de implantação do SAA ou de esclarecer melhor alguma informação dada por um ou outro.

As entrevistas totalizaram 5 horas, 15 minutos e 06 segundos de gravação e foram precedidas da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e do Termo de Autorização para gravação da Voz (APÊNDICE C).

Como o estudo se deu durante o período pandêmico ocasionado pelo vírus SARS-CoV-2, durante as entrevistas foi respeitado o distanciamento mínimo de 1,5m entre o/a participante e a pesquisadora, assim como foram disponibilizados máscaras e álcool 70%.

Fotografia 1 – Sede da Associação dos Moradores da Comunidade Café Campestre – Quixadá, Ce



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

4.3 A COMUNIDADE DE CAFÉ CAMPESTRE

A Comunidade de Café Campestre era uma fazenda grande que, em dezembro de 1961, foi comprada por seis irmãos e dividida entre eles, cada um ficou com 53 hectares de terra. Dessa forma, quase todos moradores da comunidade são parentes entre si.

O Banco do Brasil deu o prazo de três anos para quitação da fazenda. A situação vivenciada pela Comunidade é compartilhada pelo entrevistado P2:

Toda a família trabalhava de manhã, de tarde, de noite para pagar logo o terreno e poder dizer que morava no que era seu. Eu tinha a maior vontade de morar no que era nosso porque lá na fazenda onde eu nasci e me criei quando eu fiz 18 anos, o patrão obrigou a trabalhar na fazenda de segunda a quarta. Nessa época, a diária de serviço era três mil réis. Aí eu trabalhava de segunda a quarta e ganhava 1,5 mil réis, se fosse de quinta pra frente, aí ganhava os 3 mil.

Durante esse tempo, o Governo deu 20 cruzeiros e a semente para o agricultor que quisesse plantar 3 hectares de algodão. Com muita coragem e esforço, a colheita deles permitiu, 4 anos após o período de carência, pagar a dívida (P2).

Com 161 domicílios, a comunidade possui uma Escola de Ensino Fundamental e uma Associação de Moradores que se reúne mensalmente para discutir as questões locais. Não há Posto de Saúde, quando necessitam de serviços dessa área, dirigem-se à sede municipal, entretanto, duas agentes de saúde fazem o acompanhamento local das famílias.

A localidade encontra-se no semiárido cearense e, portanto, vivencia escassez de acesso a água em quantidade e qualidade o que, obviamente, afeta o ambiente e a vida da população de uma forma particular.

A Comunidade sofre, também, com a falta de saneamento básico, infraestrutura, saúde, entre outras necessidades.

Fotografia 2 – Comunidade Café Campestre – Quixadá, Ce



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

Através da Funasa, a comunidade foi contemplada com a implantação de um Sistema de Abastecimento de Água (SSAA), o qual abastecerá 10 localidades: Café Campestre, São Francisco, Arisco, Exu, Santa Fé, Belo Monte, Lages, Salgadinho, Liberdade e Santa Fé.

O Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5, que define os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, no item VI do seu Art 5, caracteriza um sistema de abastecimento de água para consumo humano, como:

Uma instalação composta por um conjunto de obras civis, materiais e equipamentos, desde a zona de captação até as ligações prediais, destinada à produção e ao fornecimento coletivo de água potável, por meio de rede de distribuição. No presente caso, a água é captada do açude Pedra Branca, por adutora, encaminhada para tratamento, reservação e, através de uma rede de distribuição, transportada até o domicílio dos consumidores (58).

No presente caso, a água será captada a partir de um injetamento na rede de distribuição de água tratada existente na localidade de Arisco - que foi executada pelo Projeto Água Para Todos e está localizada próximo à comunidade - para uma estação elevatória e será recalçada por meio de uma bomba centrífuga para um reservatório elevado situado no ponto mais alto do local, e desse ponto a água chegará aos domicílios através da rede de distribuição.

Fotografia 3 – Açude Pedra Branca - Manancial de captação da água que abastece o SAA



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

A gestão do sistema foi entregue ao Sistema Integrado de Saneamento Rural (SISAR), uma organização não governamental, sem fins econômicos, apoiado pela Gerência de Saneamento Rural (Gesar) da Companhia de Água e Esgoto do Estado do Ceará (CAGECE) e formado pelas associações comunitárias que possuem sistemas de abastecimento de água e esgoto, pertencentes à mesma bacia hidrográfica. Funciona como uma federação de associações que, através de contribuição mensal, mantém uma estrutura responsável por dar suporte técnico, administrativo e social à comunidade, sempre que necessário. A gestão do sistema, portanto, é compartilhada entre Associação e SISAR.

Iniciado em 1996, no Estado do Ceará, o SISAR tem sido um modelo exitoso e autossustentável de gestão dos serviços rurais de água e esgoto, mas, ainda assim, enfrenta desafios como alcançar o padrão de potabilidade da água proposto pela legislação, a ausência de medidas regulatórias e regulação de um ente externo sobre os serviços, investimentos para recuperação dos sistemas e políticas públicas que fortaleçam o modelo, entre outras.

Fotografia 4 – Torres de tratamento e reservação do SAA



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Tabela 2 – Universo amostral

Participante	Sexo	idade	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Tempo na comunidade	Nº de pessoas na casa
1	Fem	43	Superior	ACS	salário	25 anos	1
2	Mas	84	Não soube	Agricultor aposentado	aposentadoria dele e esposa	61 anos	5
3	Mas	64	4º ano	Agricultor aposentado	Aposentadoria	sempre	3
4	Fem	60	Ensino médio	Aposentada	Benefício do Funrural deixado pelo avô	Sempre. Após casada passou um tempo em Fortaleza, mas, retornou há 7 anos	1
5	Mas	67	Ensino médio	Aposentado	Aposentado e benefícios	60 anos	2
6	Mas	60	4º ano	Agricultor aposentado	Aposentadoria	59 anos	1
7	Fem	59	Superior	Professora	salário +aposentadoria da esposa	sempre	2
8	Fem	42	Ensino médio	ACS	Salário	sempre	2
9	Mas	38	Ensino médio	Desempregado	Aposentadoria da mãe + salário dos irmãos	sempre	3
10	Fem	55	7º ano	Agricultor aposentado	Aposentadoria dela e do marido	35 anos	3
11	Mas	42	Superior	Desempregado	Aposentadoria da mãe + salário da esposa	sempre	2
12	Fem	35	Superior	Professora	salário dela e do esposo	sempre	4

Observa-se que os participantes são moradores antigos da comunidade, a maioria deles nasceram e se criaram nela. Apresentam um nível de escolaridade razoável para os

padrões do Nordeste e, em especial, da área rural, tendo em vista que $\frac{1}{3}$ possui Ensino Superior, outro $\frac{1}{3}$ concluiu o Ensino Médio e apenas $\frac{1}{3}$ restante concentra aqueles com Ensino Fundamental II incompleto. Apenas um desse último grupo não soube precisar a escolaridade, mas, disse que “foi muito pouca” (*sic*). Sabe as operações matemáticas, assina o nome, mas só lê uma “palavrinha ou outra” (*sic*).

Segundo o PNAD (43), no Brasil a taxa de analfabetismo é maior na faixa de 60 anos para cima, reduzindo para a metade no grupo de 40 a 59 anos e atingindo 1,0% na faixa entre 15 a 19 anos de idade. O Nordeste é a região com maior taxa de analfabetismo, mas, também, a região que tem apresentado a maior redução dela. Os números apontam, também, que, nacionalmente, há mais homens analfabetos que mulheres e que essa diferença se encontra mais acentuada no Nordeste.

Quanto ao nível de instrução, o PNAD (43) aponta que mais da metade dos (52,2%) dos brasileiros de 25 anos ou mais de idade, possuía ensino fundamental completo ou equivalente, 26,4% tinham o ensino médio completo, e 13,5% possuíam o superior completo. As mulheres apresentaram maior nível de instrução.

A agricultura predomina como ocupação no grupo acima de 50 anos e menor nível de escolaridade. Os homens são maioria nesse grupo, há apenas 1 mulher agricultora. Destaca-se, também, que é de uma mulher o único nível superior dessa faixa etária. Entre aqueles abaixo de 50 anos, encontra-se mais diversidade e melhores níveis de escolaridade e ocupação, novamente com destaque para as mulheres em ambas categorias. Embora a aposentadoria prevaleça como fonte de renda familiar, muitas vezes ela se soma ao salário do cônjuge ou de outro familiar. Apenas dois participantes se encontram em situação de desemprego. Por último, constata-se que os domicílios não são numerosos e abrigam em média dois a três moradores.

Fotografia 5 – Escola de Ensino Fundamental – Café Campestre



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SANEAMENTO E SAÚDE

5.1.1 SERVIÇOS, AÇÕES E PRÁTICAS DE SANEAMENTO

Todos os entrevistados afirmaram possuir banheiro com sanitário em casa, apenas três mencionaram não ter chuveiro neles, o que os obriga a manter um reservatório com água no recinto para realizarem o banho.

Dados do IBGE (43) apontam que o percentual de domicílios rurais sem banheiro diminuiu de 65% em 1991 para 15% em 2010, entretanto, fatores culturais, econômicos e de disponibilidade hídrica repercutem na existência, aceitação, manutenção e higiene desses recintos. Dessa forma, nesse universo de cobertura sanitária, encontra-se desde instalações precárias e/ou mal cuidadas até instalações bem construídas que não funcionam por falta de água (14).

Deve-se ressaltar, ainda, que não é tão raro deparar-se com o módulo sanitário sendo utilizado para outros fins que não os pretendidos originalmente. Assim, abrigar galinhas, servir de depósito para materiais, mantimentos ou colheitas, são alguns exemplos de ‘desvios’ no uso do banheiro já detectados por profissionais do saneamento, no meio rural.

O esgotamento sanitário é realizado por fossa rudimentar que consiste em um buraco no solo para onde são direcionados os dejetos sem nenhum tratamento, o que acaba por contaminar o solo

Embora esteja apenas a 12 km de Quixadá e à margem da CE 265, a Comunidade de Café Campestre não conta com serviço de coleta de lixo. Ao serem questionados sobre o que fazem com o lixo produzido no domicílio, dez mencionaram queimar, um jogar fora em terrenos baldios e um armazenar, levar para Quixadá e colocar “no carro que faz a coleta e lá eles dão o encaminhamento correto” (P11).

A observação verificou a existência de resíduos em logradouros e quintais, mas, em comparação com outras comunidades já visitadas pela pesquisadora, considerou-se que não era uma quantidade tão expressiva.

Os tratamentos dados aos resíduos foram justificados pela ausência do serviço de coleta. Alguns até compreendem que utilizam métodos inadequados e prejudiciais à saúde humana e ambiental, mas se dizem sem escolha. Tais fatos, são claramente expressos por P4: “Eu gostaria que esse lixo fosse recolhido porque tem muito plástico, esse plástico vai pra terra e não é bom [...]. Então, eu faço a coleta seletiva e queimo, porque é a única coisa que a gente pode fazer, não tem outro jeito”.

Mesmo com um serviço de coleta inexistente, observou-se que aqueles que mencionaram os impactos negativos da destinação inadequada dos resíduos apresentam o entorno domiciliar mais higienizado e organizado que os demais.

Dados do Censo demográfico mostraram que os percentuais de domicílios rurais atendidos por serviço de coleta porta a porta e em caçambas, entre as décadas de 1991 e 2010, aumentaram de 5% para 20% e de 1% para 7%, respectivamente. Entretanto, apontam, também, que a queima dos resíduos continua sendo a solução mais utilizada para o manejo dos resíduos sólidos no meio rural, seja pela ausência do serviço de coleta, seja pela demora dele, seja para afastar os mosquitos ou mesmo pela falta de entendimento (14).

Ao serem indagados sobre a criação de animais, quatro informaram a criação de galinhas, e um a criação de ovelhas, além de cachorro e gato. Desses, apenas um afirmou manter as galinhas soltas. De fato, não se vê muitos animais soltos na comunidade, entretanto, observou-se a criação de galinhas nos quintais de algumas casas. Sobre os dejetos desses animais, informaram utilizar como adubo, “jogar no mato” e até “queimar junto com o lixo” (P8).

Sobre as fontes de abastecimento de água e respectivos usos, todos foram unânimes em dizer que a água de chuva, armazenada na cisterna é a utilizada para beber e cozinhar. As provenientes de açude, carro pipa e do sistema são destinadas para o “gasto”, ou seja, para lavar roupa, tomar banho e limpar a casa. Três relataram - e a observação pode confirmar outros casos - ter mais de uma cisterna. Nesses casos, uma abastecida com água de chuva fica para consumo humano e outra abastecida com carro pipa, fica para o gasto.

Apenas duas participantes referiram não possuir cisterna, mas, ainda assim, a água de consumo elas buscam na cisterna de parentes. Aliás, essa partilha da água da cisterna é uma forte prática de solidariedade na comunidade e resulta da crença no valor “puro e sagrado da água de chuva”, pois como diz o P3: “Acho muito difícil a água mineral ser melhor do que a da cisterna, é quase impossível [...]. Acho difícil até essa água que vem aí (do SSA), ser melhor do que a da cisterna”.

O armazenamento dessa água “de beber e cozinhar” no espaço intradomiciliar é feito em tambores, pote ou garrafões. Apenas um mencionou fazer a limpeza frequente desses reservatórios: “dia sim e outro não a gente seca e faz a limpeza deles e coloca a água de novo” (P6).

Todos disseram não terem percebido qualquer alteração na cor, cheiro ou sabor nessa água consumida (da cisterna). Já com relação à água proveniente do sistema de abastecimento implantado, houve quem dissesse que “tem dia que ela está mais salgada, tem dia que está mais suja, tem dia que está mais limpa. Tem dia que ela está tão salgada que se você lavar seu cabelo, ele fica duro. Ela tem muitas mudanças, mas, a da chuva não” (P4). Houve quem mencionasse “aquele cheirinho de cloro” (P5). Ou, ainda, quem relembresse, alteração nos padrões físicos relatados acima, quando do abastecimento das cisternas com água de carro pipa, nos períodos de seca.

Para o tratamento domiciliar, apenas um domicílio possui filtro com vela e a prática de coar foi confirmada por 10 dos entrevistados. Duas informaram o procedimento de fervura, sendo que uma delas ferve apenas a de cozinhar, a de beber, não. Somente as duas ACS informaram utilizar o hipoclorito de sódio. Com exceção delas, somente outras três mencionaram receber o produto, entretanto, duas delas fazem uso dele “na água de gastar” e a terceira não o aplica na água de beber porque “acho que é uma coisa da gente mesmo, não acha legal, não fica o mesmo gosto da água” (P11), referindo-se ao gosto deixado pelo produto na água. Três responderam que quando recebiam, realizavam a desinfecção com o produto.

Como se pode ver na transcrição abaixo, o discurso de uma delas, deixa dúvidas sobre seu entendimento acerca do tratamento correto da água para consumo:

A gente coloca o peixe na cisterna, mas, quando a gente coloca no pote não coloca nada. Só ferve a água de cozinhar, mas, a de beber não. O hipoclorito, a gente usava quando a água era do carro pipa que eles colocavam a pastilha na cisterna. Mas, dentro de casa não colocamos. A gente já recebeu algumas vezes o hipoclorito, mas não recebemos mais. Quando recebia eu usava (P10).

É importante ressaltar que muitos só demonstraram conhecer o hipoclorito de sódio, após a pesquisadora fazer alguma referência tipo “aquelas gotinhas que se coloca na água”.

Os discursos mostram haver pouca compreensão sobre a importância e as formas de cuidados com a água para consumo humano. Conforme falas transcritas, depreende-se deles também, certa confusão entre a desinfecção da água de beber e as ações de prevenção e controle da dengue, pois cinco dos participantes ao responderem sobre as formas de tratamento, referiram a colocação de peixes na cisterna para comerem as larvas.

A água é tratada. Agora, está com uns dias que não passa, mas, geralmente passa uma pessoa da antiga SUCAM que faz o acompanhamento dessa água aqui. Nós não costumamos colocar nenhum produto na água. Esse rapaz que colocava um produto quando achava larvas (P11).

O tratamento, o pessoal da vigilância sanitária de Quixadá, é para passar por aqui, pelo menos uma vez no ano, mas, é difícil eles passarem. Por indicação deles, a gente coloca uns peixinhos dentro da cisterna (P5).

Acho que isso fica a cargo daqueles homens que andam com as bolsas penduradas. Acho que se tivessem de dar, era eles porque eles que vêm olhar as cisternas, os banheiros (P3).

Essa confusão entre tratamento da água e prevenção da dengue foi verificada por Soares (62), ao identificar os perigos associados ao consumo de água proveniente de soluções individuais de abastecimento no município de Viçosa – MG, e especificar a compreensão popular dos consumidores sobre o que é água com qualidade. A autora, inclusive, pontua que tal equívoco demonstra, também, desconhecimento sobre as ações de saúde realizadas pelos órgãos municipais.

Nove participantes mencionaram ter recebido orientações sobre como fazer o tratamento da água que consomem, entretanto, ressalta-se que dois deles são ACS, dois professores e um engenheiro. Os demais, deram respostas que sugerem ações pontuais como: “Quando a gente recebeu as cisternas tinham as reuniões e essas explicações de como tratar as cisternas e tratar a água” (P9); “Às vezes, esses rapazes é que vêm olhar” (P3); “Antes, faz muito tempo, as ACS traziam o hipoclorito, a gente colocava. Mas, já faz bastante tempo que não é mais feito esse trabalho” (P7). E informações precárias e insuficientes, tipo: “A orientação que mais recebemos é de filtrar e ferver a água” (P5); “Tem que ficar lavando os potes porque, se não, cria umas coisinhas” (P10).

Os dados, revelaram, em suma, que há preferência pela água de chuva para consumo humano e que não há tratamento adequado dessa água no espaço intradomiciliar seja porque é considerada limpa por natureza, seja porque não são orientados a como fazer, seja porque não recebem ou resistem ao uso do hipoclorito ou pela conjugação de todos esses fatores.

O sistema de abastecimento de água é uma reivindicação antiga dos moradores e eles compreendem que ele fornece água tratada, entretanto, a água proveniente dele é relegada ao uso secundário. A água de chuva continua tendo a primazia quando se trata de beber e cozinhar, e isso parece ocorrer, não pela falta de confiança no prestador do serviço, mas, pela

água em si.

Sobre essa preferência pela água de soluções individuais de abastecimento, Soares (62) chama atenção para o fato de que, comumente, as características organolépticas (cor, cheiro, sabor) prevalecem sobre as microbiológicas na hora da escolha. As mesmas características reforçam a resistência ao tratamento intradomiciliar, uma vez que água clara, inodora e de sabor agradável, é água limpa e boa.

Como está inserida no semiárido brasileiro, a Comunidade de Café Campestre sempre vivenciou a restrição no acesso à água. Relatos de moradores mais antigos dão conta das muitas léguas que tinham que percorrer para buscar água. Muitas dessas fontes se encontravam em propriedades privadas e, portanto, em períodos de seca a situação se agravava, gerando a dependência dos carros-pipa.

A cisterna, portanto, é símbolo venerado e valorizado de acesso à água em casa, de independência e segurança hídrica, de autonomia. É a água que cai do céu com as bênçãos divina de abundância e pureza. Essa experiência acumulada da Comunidade, sustenta esquemas de percepção, de pensamento e de ação que orientam a permanência de uma prática, ainda que as circunstâncias sejam outras.

Fotografia 6 – Casa com cisterna – Café Campestre – Quixadá-CE



Fonte: Arquivo pessoal (2022)

5.1.2 PERCEPÇÕES SOBRE A AÇÃO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Antes do sistema de abastecimento de água, a comunidade tinha como fontes de água, além das cisternas, dois açudes, uma lagoa, três poços e, quando necessário, carros-pipa. O açude, com melhor qualidade de água, ficava distante e dentro de uma propriedade privada, cuja dona “deixava o pessoal pegar água lá” (P1). Por volta de 1995 receberam um poço, e em 2017 mais dois, entretanto, todos têm água salobra e só tem encanamento para as casas mais próximas. Para os demais moradores funcionam como chafariz, o que desencoraja o seu uso porque “as pessoas achavam muito longe para ir pegar lá” (P1).

Ao serem indagados se estavam satisfeitos com o sistema de abastecimento de água, 100% das respostas foram positivas; e se referiram à histórica dificuldade de acesso à água vivenciada pela Comunidade, à reivindicação antiga pelo serviço de abastecimento, ao conforto e facilidade de ter água na porta de casa, facilitando a vida e a redução de despesa com a compra de água.

Sim, porque a dificuldade de água na comunidade era grande [...] então, há muito tempo que a comunidade queria esta conquista e, Graças a Deus, veio na hora certa (P1).

Foi incrível porque era uma época que a gente ia comprar muitas carreiras d’água, aí chegou de graça, inté agora. Foi uma coisa assim... (como é que eu falo, vixe agora é complicado) [...] foi uma coisa que Deus mandou, pronto. Não tinha como não ficar satisfeito, não tinha e chegou dentro de casa (P3).

[...] porque antes a gente sofria muito, sofria muito. Antes, era muito pior, a gente tinha que pegar água longe no açude, água barrenta para tomar banho, suja, para cozinhar, comprar na rua ou pegar nos reservatórios que já estavam no final, bem longe. Então, a gente sofreu muito e, agora, melhorou um pouco (P4).

É um sonho antigo da comunidade que Graças a Deus está sendo realizado [...]. Até aqui a gente passou muito sufoco com relação a água (P4).

[...] Passei um bocado de ano esperando e, agora que chegou, tá bom. Porque a dificuldade de água era enorme por aqui, no verão... só vinha se comprasse para gastar. Tem uns poços profundo ai, mas, a água é muito salobra, ninguém usava (P5).

Sim porque vai ser um gasto a menos e muitas vezes a água faltava, o carro pipa a gente chamava e não vinha na hora certa e agora vai ter em casa (P6).

Ao responderem sobre como o SAA iria melhorar a sua vida e a vida da comunidade, a maioria reafirmou as justificativas já apontadas para o nível de satisfação, mas houve quem apontasse os benefícios à saúde, à segurança alimentar e à qualidade de vida.

Vai melhorar a vida de todo mundo, da comunidade de um modo geral porque só em a pessoa ter água em casa já é muita coisa. O pessoal diz que água é vida, né? A gente não passa sem a água (P6).

[...] Pela facilidade e vai acabar a preocupação que eles tinham de quando acabar o período chuvoso ficar sem saber como fazer e como passar o verão. Sem dizer que a gente via que mexia no bolso porque o carro pipa é comprado e uma boa parte da comunidade é carente, a gente via a dificuldade que eles tinham. Acho que é um bem-estar que a comunidade estava precisando e vai melhorar muito a saúde (P8).

Acho que para quem sabe usar, ela vai melhorar em tudo, porque se a pessoa fizer um canteiro de frutas e verduras em casa, essas coisas, já tem como jogar uma água, enquanto antes a gente não podia ter uma plantinha porque não tinha água para aguar. Aí, você pode plantar uma fruta e verdura, né? E ter uma água para regar. Melhorou em termos de lavar roupas, antes era muito ruim. Você não podia lavar uma roupa porque tinha que buscar água longe, então, ficava aquele acumulado. Era muito ruim. Na verdade, melhorou uns 90 por cento, muita coisa melhorou (P4).

Acredito que na qualidade de vida, pois a água já vem tratada, vai estar disponível na comunidade (P12).

Embora P6 traga à tona o jargão midiático de que água é vida, ele atribui o entendimento aos outros e traz a informação de um modo geral, amplo, como condição de vida, não necessariamente de saúde, tipo “sem água a vida não existe”. P6, à medida que associa o SAA à possibilidade de produção de alimentos, traz implícita e timidamente, a ideia de promoção da saúde, através da segurança alimentar. A associação mais direta com a saúde é feita por P8 e P12, ACS e professora, respectivamente, portanto, as duas pessoas com maior exposição à informação. Assim como elas, P6 morou por anos em Fortaleza e, ainda hoje, passa temporadas na capital, o que lhe dá mais acesso a variados canais de informações.

Observa-se que ter água ao alcance das mãos de forma contínua é o maior atributo de valoração do SAA. Ele imprime ao dia a dia facilidade e segurança de acesso à água, além de economia no orçamento doméstico. Demarca uma nova temporalidade, mas a sua

representatividade é carregada de um conteúdo histórico de escassez hídrica, de futuro incerto, de um estado de espera, de busca e de luta pela água que atravessa e inscreve a dinâmica da comunidade desde seus primórdios. Mais do que saúde, ele traz a certeza da continuidade da vida e da história das pessoas, do lugar, dessa coletividade no tempo e no espaço. O verão já pode ser bem-vindo, pode ser tranquilo, não há suspense no ar.

Compreende-se, por fim, que a relação entre o sistema de abastecimento de água e a melhoria da saúde, quando ocorre, figura em segundo plano, é uma informação periférica, nova, que agrega conteúdo ao sentido central que é ter água a tempo e a hora. Esse entendimento secundário que alguns usuários têm do abastecimento de água enquanto ação de saúde, também foi observado por Cairncross (1977) citado por Rubinger (63):

A saúde não é geralmente o objetivo mais importante do saneamento, na perspectiva dos usuários. Do ponto de vista do consumidor de baixa renda, o principal benefício do abastecimento de água é a conveniência de abastecer-se em casa e, em certos casos, a poupança do custo da água comprada dos vendedores (p. 35).

Semelhante resultado foi obtido por Melo (64) ao analisar a efetividade do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) na implantação de módulos sanitários em uma comunidade rural de Goiás. Segundo o autor, as obras eram consideradas como melhorias da qualidade de vida porque agregavam conforto ao dia a dia.

Perguntados se a comunidade recebeu alguma orientação, informação durante a implantação do sistema de abastecimento de água, todos foram unânimes em responder que não. “A gente soube porque a notícia foi se espalhando”. Segundo a ACS, uma funcionária da prefeitura a chamou para participar de uma reunião: “Ela veio em uma semana, na outra, eu já fui e na outra semana, já começaram a cavar os buracos” (ACS). Quatro relataram ter ouvido falar de uma reunião na comunidade Arisco, mas disseram que tinham sido instruídos a não irem porque haveria uma em cada comunidade abastecida pelo sistema.

[...] Até está todo mundo cobrando porque tem que haver essa reunião. Primeiro disseram que era para a gente ir na reunião dessa outra comunidade, depois disseram que não precisava, porque ia ter uma em cada comunidade, mas a daqui ainda não veio (P10).

[...] Então, alguns têm as informações, outros não. Eu não sei de quem tenha ido (P8).

Sobre o pagamento, disseram terem sido informados quando o funcionário do SISAR foi fazer o cadastro deles.

Depois que fizeram todo o encanamento, passaram fazendo um cadastro. Colocaram um negócio na parede que é para medir o consumo da água. Aí, eles disseram que o pagamento vai ser de um tanto só, do primeiro ao derradeiro. Depois, desse aí, é o que você gastar. Quem gastar mais, paga mais (P2).

Através de algumas entrevistas ou em conversas informais, percebeu-se que o pagamento da taxa teve boa aceitabilidade, embora os motivos que o justifique sejam variados:

A maioria aceitou a cobrança porque não tem outra água, né? (P1).

[...] até porque se a gente não pagasse, não ia dar certo não, porque as pessoas não iam valorizar e outra coisa, antes essas casas aqui (umas 10), não tinham água e eles disseram que era porque em algum ponto as pessoas gastavam demais, enchiam cisterna, essas coisas e a água não subia (P7).

Verifica-se que a ação de implantação do SAA se desenvolveu de forma pontual, tecnicista, assistencialista, focada na tecnologia e sem envolvimento comunitário.

Diante de uma mobilização e comunicação social precárias e fragmentadas o que se tornou visível e apreensível do serviço de abastecimento de água para a população foi a facilidade e conforto no seu acesso, porque isso foi questão central no passado, é no presente e será no futuro para essa população.

Mais do que água tratada, o SAA, objetiva-se como água encanada, água que vem pelos canos, água disponível na torneira de casa. Sua funcionalidade repousa na memória da dificuldade de acesso à água.

A sensação/percepção de conforto e bem-estar proporcionada pela implantação de um SAA, não pode ser desconsiderada, nem mesmo ter sua relevância relegada à ordem do supérfluo. Inúmeros estudos têm demonstrado que a restrição de acesso à água acarreta múltiplos e profundos impactos sociais na vida de quem a vivencia. O conforto e bem-estar, não é só o da comodidade, implica o alívio da superação de muitas exclusões, do livramento de situações de risco e vulnerabilidades a que se submetem crianças, mulheres e idosos no cotidiano de restrição de água. Traduz, portanto, o sentimento de inclusão social, de aquisição de um pouco de dignidade humana.

Enquanto modalidade de pensamento social, as representações também são mediadas pelos afetos e emoções. Campos e Rouquette (65), ao abordarem o componente afetivo das representações sociais lembram que:

A partir do momento em que os indivíduos produzem uma avaliação do objeto de representação, ou de alguns de seus aspectos, pode-se dizer que uma dimensão afetiva é ativada, dentro de um raciocínio do tipo? Isto me agrada? Ou isto não me agrada? Enquanto modalidade de pensamento social (p. 436).

Campos e Rouquette (65) acrescentam que, sendo uma organização, a representação é permeada por múltiplas dimensões. A depender da situação, uma representação pode ser ativada pelo seu modo mais normativo ou funcional. Da mesma forma, os elementos ativados podem conter uma carga afetiva em maior ou menor grau. Nesse sentido, quando uma situação tem intenso impacto emocional sobre um grupo, ela pode inclusive mudar a estrutura de uma representação social.

Juliano *et.al* (41), ao discutir as racionalidades e saberes para a universalização do saneamento em áreas de vulnerabilidade social, aponta que o modelo operacional das ações de saneamento é norteado pela meta da universalização, desconsideram a subjetividade da conexão domiciliar e se afastam do caminho do cuidado à saúde pública. Esse tem sido o *modus operandi* hegemônico do setor.

Segundo o autor, a conceituação do saneamento passa por três formas operacionais: a primeira vinculada aos mecanismos de implantação das políticas públicas, a segunda aos saberes técnicos e a última às relações sanitarista-usuário.

Na sequência, transportando para o saneamento, a análise feita por Merhy (*apud* 41) sobre as práticas operativas e a estruturação produtiva do setor saúde, classifica essas etapas como trabalho vivo ou como trabalho morto e as tecnologias utilizadas, como duras, duras-leves ou leves. O trabalho morto seria aquele que está disponível no ato do saneamento, mas, cuja produção o antecede. Trabalho vivo é aquele que se desenvolve no aqui e agora, na relação com o outro, o usuário, sem fragmentação de saberes.

Tecnologias duras são aquelas que não admitem adequações, como normas, equipamentos, dentre outros. Já as duras-leves são aqueles conhecimentos constituídos e organizados para utilização de determinado modo, mas, adaptáveis a diferentes situações e as tecnologias leves que seriam aquelas “utilizadas na produção de relações, tais como a escuta, o interesse, o vínculo, o conhecimento dos modos de viver etc”. (41) (p.3041)

Nessa perspectiva, a primeira forma operativa do saneamento compreende a elaboração do projeto, o planejamento e o estabelecimento de metas e programas. Inclui o uso de equipamentos e tecnologias necessários aos diagnósticos, às obras e à prestação dos serviços de saneamento para operação das redes e execução de normas. Centrada na figura do engenheiro, essa modalidade se processa, segundo o autor, pelo trabalho morto e pelo trabalho vivo entre os seus operadores. Esses processos são caracterizados, por ele, como tecnologias duras.

Na segunda forma, o sanitarista atua sobre o usuário, considerando seu universo, mas, sob o prisma do trabalho morto. A interação com o usuário e, portanto, o trabalho vivo, só se dá no nível da implantação e execução do serviço. Nas palavras de Juliano *et.al* (41): “É uma interface tênue entre a dureza da operação e o pensamento estruturado com a leveza exigida

pelo usuário. Nessa situação, a tecnologia ganha sentido como atos de saneamento. A essas chamamos tecnologias leve-duras” (p. 3041).

A terceira forma se processa no encontro entre sanitaria e usuário, na horizontalidade de saberes, na intersubjetividade entre atores. A ação é contextualizada, desinstitucionalizada. Considera as particularidades, o modo de vida, as crenças, valores, as relações e as formas de interações. É uma ação territorializada que se processa pelo trabalho vivo e que amplia as possibilidades de atuação do sanitaria em atos de saneamento. Há uma ressignificação da ação e das tecnologias de ambos os lados (41).

Portanto, com o devido respeito às significações e sentidos trazidos pelos usuários, o que se pontua é o caráter de beneficiamento impresso ao processo de implantação do SAA, quando a oportunidade deveria ter se revestido de uma ação de saúde.

5.1.3 SANEAMENTO E SAÚDE PARA CAFÉ CAMPESTRE

As perguntas do questionário mais direcionadas à investigação das representações sociais sobre “saneamento” e “saúde” continham sete perguntas. Como já foi dito anteriormente, as perguntas específicas sobre saneamento e sobre saúde receberam duas formulações. A primeira pedia ao participante que dissesse três palavras ou expressões que lhe vinham à mente quando escutava uma das palavras indutoras: “saneamento” ou “saúde” e tinha como objetivo ativar as evocações livres e investigar os elementos condensadores mais salientes das representações. A segunda que perguntava o que era, para ele, cada termo, permitia desenvolver o pensamento de modo mais amplo, desvelando as conexões, sentidos e organizações dos elementos constitutivos da representação.

Três perguntas finais investigavam a confirmação e comportamento dessas representações a partir de outras perspectivas. São elas:

- a) Dizem que o saneamento básico é importante. Você concorda com essa

afirmação? Por quê?;

- b) Você vê alguma relação entre saneamento básico, ambiente e saúde?;
- c) O que você acha que sua comunidade precisa para que as pessoas tenham mais saúde?

Do total de participantes um não soube responder a nenhuma das formulações do saneamento, nem à pergunta de evocação sobre saúde.

Sobre as evocações, houve pessoas que não conseguiram se expressar em palavras ou expressões simples e acabaram por desencadear um pensamento. Nesses casos, abstraiu-se as palavras ou expressões chaves considerando a ordem de evocação até o total de três. Houve, também, pessoas que emitiram menos de três palavras ou expressões, situações em que as respostas foram aceitas por se considerar que não constituem prejuízo ao resultado.

Em seguida, procedeu-se à organização das palavras e expressões em grupos semânticos para evitar que variações na evocação fossem consideradas distintas, levando à perda da ideia contida na constituição da representação. Foram desconsideradas as palavras que apareceram uma única vez e que não possuíam similaridade com nenhuma outra expressão ou deixaram dúvidas quanto à categoria semântica. As respostas ao segundo tipo de formulação, foram analisadas e classificadas em categorias temáticas e comparadas às categorias produzidas pelas evocações.

Após essa primeira análise vertical das respostas a cada pergunta em separado, procedeu-se, com o intuito de assegurar a representatividade das representações, a uma leitura horizontalizada e conjunta delas, ou seja, às respostas produzidas por cada participante às duas perguntas.

A) Sobre Saneamento

A pergunta: “Diga três palavras ou frases que lhe vêm à mente quando escuta a palavra saneamento” resultou em 27 evocações. Se considerar-se somente os termos, constata-se que “Saúde”, “Limpeza”, “Bem-estar da comunidade” e “Melhoria Para a Comunidade”, foram os mais mencionados, com destaque para “Saúde” e “Limpeza” que apresentaram maior frequência de evocação, seis e quatro, respectivamente. Também, foram esses dois termos, dentre os quatro, os mais prontamente referidos pelos participantes que os reportaram.

Ao organizar os vocábulos em categorias soma-se às de “Saúde”, “Limpeza”, “Bem-estar da comunidade” e “Melhoria Para a Comunidade”, a categoria “Serviços”, tendo em vista que uma pessoa fez referência a “Água tratada” e outra, a “Água encanada”, trazendo à tona a ideia do serviço de abastecimento de água.

Embora as expressões “a questão dos banheiros” e “o que fazer com o lixo” se enquadrem na categoria “Serviços”, elas não lhe dão mais representatividade, uma vez que foram reportadas pelo mesmo locutor de “Água encanada”.

As palavras “Higiene” e “Zelo”, embora reforcem o termo limpeza, não foram consideradas nessa categoria por terem sido mencionadas por uma das pessoas que já havia reportado o termo “Limpeza”. Considerou-se, portanto, que são semanticamente equivalentes a ele e, portanto, não majoram a representatividade da categoria.

Integrou a categoria “Bem-estar”, o termo “Qualidade de vida” por se considerar que ambos remetem a um conjunto de condições que contribuem para suprir as necessidades físicas, mentais e sociais da vida humana.

Tabela 3 – Tabela das evocações sobre saneamento, categorias e elementos constitutivos de cada categoria

Palavras ou expressões sobre saneamento	Categorias	Elementos da categoria
Limpeza Organização Higiene Zelo Limpeza Saneamento é saúde Melhora o ambiente melhorias para nossa comunidade Água tratada Melhoramento para a comunidade Desenvolvimento na área da saúde da comunidade	Limpeza	Limpeza - 4x
Uma coisa que era para ter em todo lugar, mas aqui é difícil Uns fazem uma coisa e outros não fazem	Serviços	Água tratada - 1x Água encanada - 1x
Bem-estar da comunidade Desenvolvimento sócio econômico Bem-estar da comunidade Saúde da comunidade Água encanada	Saúde	Saúde - 4x Desenvolvimento na área da saúde da comunidade- 1x Saúde da comunidade - 1x
O que fazer com o lixo Limpeza A questão dos banheiros Saúde	Bem estar da comunidade	Bem estar - 1x Bem-estar da comunidade - 2x Qualidade de vida - 1x
Saúde Melhoria Bem-estar Qualidade de vida Saúde Limpeza	Melhoria para a comunidade	Melhorias para a comunidade - 1x Melhoramento para a comunidade - 1x Melhoria - 1x

Fonte: Arquivo pessoal (2022)

À segunda pergunta sobre saneamento - Para você o que é saneamento? - as respostas apontaram quatro categorias: Saneamento enquanto “Saúde”, “Limpeza e organização ambiental”, “Serviços” e “Prática que deve ser compartilhada por todos”. Verifica-se que as categorias Saúde, Limpeza e Serviços são reforçadas. No entanto, quando se faz uma análise horizontal das indagações por participante, ou seja, quando se analisa as duas perguntas de cada participante, Saúde, Limpeza e Bem-estar, compostas por sete, cinco e cinco elementos, respectivamente, são as categorias mais representativas. Na sequência: Serviços, Melhoria para a comunidade e uma Prática que deve ser compartilhada por todos emergem todas com três elementos.

Conclui-se, portanto, que Saúde, Limpeza e Bem-estar prevalecem como ideias centrais acerca do saneamento e a objetivam na medida que parecem apontar seus impactos e resultados na vida da comunidade e na saúde ambiental e humana. Já Serviços, Melhoria para a comunidade e Atitudes compartilhadas integram esse núcleo e parecem ser mais transitórias, flexíveis e até mesmo, condicionadas. Essas características se assentam na própria realidade.

Embora as falas tragam sublinharmente a questão da drenagem, do esgotamento e da coleta de lixo, água que vem pelo cano/encanada/tradada surgem como principais ocorrências da categoria serviço. Tal fato pode estar relacionado à implantação do SAA, fato bastante recente e significativo para a comunidade.

A questão da destinação do lixo é bastante ilustrativa dessas características. Embora, seja emblemática nos discursos, o serviço de coleta do lixo, ganha relevância como uma necessidade premente para melhorar a saúde da comunidade. Ou seja, se o serviço não existe, não se objetiva como uma representação do saneamento, mas como uma demanda comunitária, seja enquanto uma ação governamental pela implantação do serviço de coleta, seja como uma consciência, um cuidado, uma atitude a ser observada por todos para se ter um ambiente limpo e agradável, como diz P6: “Muita gente, muita gente pega o lixo e rebola do outro lado da pista, não era para fazer assim, era para queimar ou enterrar como muitos fazem”. Assim, queimar ou enterrar o lixo foi apontada como atitude certa a ser feita, após a separação seletiva.

Moscovici (17) coloca que as representações conferem significado e sentido aos objetos sociais, mas ao mesmo tempo esse significado depende de um número de convenções preliminares de modo que a interpretação de um mesmo gesto ou pessoa pode variar conforme o contexto. Isso explica, no caso presente, porque atitudes inadequadas são vistas ou justificadas como adequadas.

O exemplo ilustra, ainda, a base comum e consensual em torno dos elementos limpeza, saúde e bem-estar associados ao saneamento. Essa centralidade ganha coro e conexão quando se busca o entendimento comum sobre a importância do saneamento. P5 expressa claramente essa conexão: “Sim, porque onde não tem saneamento, só tem coisa ruim para a comunidade, doenças, maltrato para as pessoas. É uma melhoria para a comunidade”.

O conjunto das falas parecem indicar a compreensão de que o saneamento é uma ação e/ou serviço que agrega melhorias para a comunidade uma vez que implica na limpeza ambiental, favorecendo a higiene do lugar e, conseqüentemente, prevenindo doenças, melhorando a qualidade de vida, repercutindo na saúde e aumentando o nível de bem-estar da população local.

Tabela 4 – Tabela das categorias temáticas sobre Saneamento

Categoria	Elementos Constitutivos
Saúde	<p>“Saneamento é saúde. ” (P4)</p> <p>“É o bem-estar. O saneamento, a gente sabe que é uma coisa que vem para ajudar” (P7)</p> <p>“Visa a saúde da comunidade, um ponto de partida de prevenção” (p 8)</p> <p>“São ações em que as pessoas beneficiadas vão ter melhor qualidade de vida e saúde. Boa alimentação, água tratada e ausência de doenças [...]” (P9)</p> <p>“Saneamento é o que vai melhorar nossa saúde” (P12)</p>
Limpeza e organização ambiental	<p>“Uma organização que a comunidade tem que ter para água não ficar escorrendo nos corredores...e limpeza da comunidade porque se a água ficar empossada, vai ficar criando mosquitos, outros insetos e estando com saneamento a água vai ter um canto para poder ir [...]” (P1)</p> <p>“É limpeza, organização” (P10)</p> <p>“[...] quando se fala em saneamento, vai ser uma coisa que vai melhorar nosso ambiente, vai ficar mais limpo, ser uma coisa mais organizada” (P12)</p>
Serviços (de tratamento de água, esgotamento, drenagem e de resíduos sólidos) que limpam e organizam o ambiente	<p>“É o tratamento da água” (P5)</p> <p>“Saneamento é você ter água tratada, esgoto limpo, canal desentupido e outras coisas que não lembro no momento, mas que têm a ver com o saneamento” (P11)</p>

Prática compartilhada	<p>“Para a nossa comunidade ficar parecida com uma comunidade limpa, era bom que todo mundo tivesse assim, uma mente bem aberta, para zelar os caminhos limpos, as estradas, o açude, a subida da pista... Se todo mundo participar junto em união isso vai melhorar... Se eu zelo, ela zela, tu zela e o resto_espatifa. Essa comunidade não vai para a frente” (P3);</p> <p>“Fazer limpeza, não deixar sujeira perto de casa” (P6)</p> <p>“As pessoas ter cuidado com as coisas, estar sempre limpando as coisas” (P10)</p>
-----------------------	---

Fonte: Autora (2023)

B) Sobre Saúde

A pergunta de evocação livre tendo como palavra indutora “Saúde” ensejou 27 evocações. Os termos proferidos foram mais diferenciados, entretanto, apesar das variações dos vocábulos ou expressões, alguns deles mantinham estreita relação semântica, por isso, foram contabilizados como sendo ocorrências de um mesmo termo e, seguindo o mesmo entendimento, foram agrupados em uma mesma categoria.

Contabilizando a expressão “Cuidar da saúde” tem-se duas ocorrências, mas, considerando-se a categoria, encontrar-se-á mais duas expressões semanticamente equivalentes: “Se cuidar bem” e “Hábitos saudáveis”.

A expressão “Boa alimentação” foi proferida por dois participantes, entretanto, quando se considera a categoria, a ideia de saúde como decorrente de uma boa alimentação ganha representatividade com o acréscimo das expressões “Alimentação saudável” e “Não comer um bocado de coisa (carne enlatada, mortadela, mussarela, etc)”. “Ter boa alimentação” está como uma categoria à parte porque as expressões que a compõem tanto se associam a uma condição de vida que permita a segurança alimentar e nutricional, quanto a um estilo de vida que, por decisão individual, prioriza uma alimentação saudável.

“Bem-estar” foi outra expressão com duas ocorrências, mas que, quando considerada como categoria assume expressividade coletiva com as expressões “A gente tem saúde quando está bem tanto físico, como mental” e “Qualidade de vida”.

A expressão e categoria “Saúde é a coisa mais importante da vida”, também, surge com duas ocorrências, é reforçada pela expressão equivalente “É o ponto básico de todos” e, nesse sentido, é considerada como expressiva do grupo.

Esses resultados podem ser observados na Tabela 5:

Tabela 5 – Tabela das evocações sobre saúde, categorias e elementos constitutivos de cada categoria

Palavras ou expressões sobre saúde	Categorias	Elementos da categoria
Obrigação Responsabilidade Dever � zelar o corpo Cuidar da saúde Não comer um bocado de coisa Boa alimenta�o, Limpeza do ambiente Qualidade de vida Bem-estar das pessoas Pelo menos a gente tivesse um posto de saúde em nossa comunidade para atender a gente é uma das coisas mais importante na vida do ser humano porque sem saúde a gente não consegue nada A saúde é tudo. É o ponto básico de todos A gente deve cuidar bem da saúde da gente. A gente tem saúde quando está bem tanto físico, como mental Boa alimenta�o, água tratada, Ausência de doenças Cuidado, A pessoa se prevenir, Se cuidar bem Vida, Bem-estar, Família Perspectiva de vida Alimenta�o saudável Hábitos saudáveis.	É a coisa mais importante da vida	� uma das coisas mais importante na vida do ser humano - 2x é o ponto básico de todos. – 1x
	Cuidar da saúde	Cuidar da saúde - 1x A gente deve cuidar bem da saúde da gente - 1x Se cuidar bem - 1x Hábitos saudáveis - 1x
	Ter boa alimenta�o	Boa alimenta�o - 2x Alimenta�o saudável - 1 Não comer um bocado de coisa (carne enlatada, mortadela, mussarela, etc.) - 1x
	Bem estar	Bem-estar das pessoas - 1x Bem-estar - 1x A gente tem saúde quando está bem tanto físico, como mental - 1x Qualidade de vida - 1x

Fonte: Autora (2022)

Dessa primeira aproxima o, constata-se que quando a palavra indutora   saneamento, observa-se uma referência direta   ideia de saúde. Quando a palavra indutora  

saúde essa relação não se apresenta tão diretiva e embora, os vocábulos como bem-estar, boa alimentação e qualidade de vida tenham destaque e denotem uma compreensão ampla do que seja saúde, o componente individual, ou seja, a noção de que cada um deve ter cuidado com a própria saúde é bastante prevalente e parece considerar seu aspecto biológico.

Para você o que é saúde? As falas em resposta à compreensão do que seja saúde, sugeriram as seguintes categorias: “Coisa mais importante da vida”, “Cuidar bem da saúde”, “Qualidade de vida”, “Ausência de doença” e “Assistência”. Observa-se que “Coisa mais importante da vida”, “Cuidar bem da saúde” e “Qualidade de vida/bem-estar”, são categorias que se mantêm e assistência e ausência de doença emergem, trazendo o enfoque biomédico do conceito de saúde.

Procedendo-se a uma análise horizontalizada sobre as duas formulações a respeito de saúde, por participante, verifica-se que a concepção “Coisa mais importante da vida”, “Cuidar bem da saúde” e “Qualidade de vida”, apresentam mais ocorrências, cinco cada. As demais, apresentam ocorrências semelhantes, total de quatro, exceto “Ausência de doença”, que surge com três. Embora termos ou temática de saneamento tenham surgido nas respostas, elas se apresentam pouco representativas.

Sabe-se que o conceito de saúde pode variar conforme o contexto e o tempo. Assim, a sua concepção está associada a uma construção social. Da mesma forma, as condições objetivas de vida determinam as Representações Sociais.

A representação social da saúde como sendo a coisa mais importante da vida é igualmente verificada por Grossi (66) em um estudo com famílias rurais de Mato grosso do Sul; no de Serpa (67), com portadores de hipertensão arterial e diabetes que frequentavam ou não o grupo de apoio em uma Unidade Básica de Saúde e no de Silva, A (68) sobre representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academia de ginástica em Campo Grande/MS. Essa é uma concepção generalista e positiva da saúde, associa-se com disponibilidade,

capacidade laborativa, uma forma potencialmente ativa de estar no mundo, inspira possibilidade de vida, bem-estar, tranquilidade e liberdade. Parece estar associada, também, à qualidade dos serviços e ações de saúde recebidos pela comunidade.

Para uma população que vivencia a vulnerabilidade social em todos os seus aspectos, contar com a própria sorte, significa contar com a própria saúde. Por isso, a ideia de saúde como a coisa mais importante do mundo, seja tão consensualizada entre eles. A saúde é condição de vida, é o básico, é o princípio para todas as possibilidades de estar, de ser e de atuar no mundo.

Para uma população que vivencia a vulnerabilidade social em todos os seus aspectos, contar com a própria sorte, significa contar com a própria saúde. Por isso, a ideia de saúde como a coisa mais importante do mundo, seja tão consensualizada entre eles.

Cuidar bem da saúde / ter hábitos saudáveis que denotam um estilo de vida, uma opção em prol da própria saúde, também, é relevante no estudo de Grossi (66), seja na adoção de uma alimentação saudável, seja na prática de atividades físicas ou na atenção com a higiene. Acredita-se que essa compreensão esteja muito associada à mídia e ao discurso técnico da área da saúde, impregnado pela ideia da promoção à saúde.

Um dos pilares da política de promoção à saúde é a capacitação comunitária e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas que empoderem indivíduos e grupos, dando-lhes autonomia para decidir e controlar as ações que impactam sua saúde.

O aumento e prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm repercutido como a principal causa de morte no mundo e impactado negativamente a qualidade de vida da população, refletindo-se em altos custos para a saúde, pois, exige longo tempo de tratamentos e hospitalizações. Como forma de enfrentamento a essa situação, o Governo Federal tem financiado estudos que analisam e evidenciam a relação entre hábitos saudáveis e seus benefícios à promoção e prevenção da saúde. Da mesma forma, tem desenvolvido

iniciativas que contribuam para a produção do cuidado e dos modos de vida saudáveis pela população. Além disso, esse é um assunto frequente em programas televisivos. Esse tema, portanto, é fortemente disseminado em diversos veículos de comunicação, em variados espaços sociais e por diferentes atores.

Por outro lado, em uma sociedade capitalista, um corpo saudável é força de trabalho, principalmente, na zona rural, onde o homem necessita ter um corpo forte, pois força física é sinônimo de trabalho, de produção e de subsistência. Ter zelo e cuidado com o corpo, então, é mandamento número um e poder contar com serviços médicos que lhe restabeleçam a saúde, constitui segurança e conforto, igualmente, estimado e almejado por todos.

Cuidar bem da saúde parece estar associado, também, a um modo de enfrentar a falta ou a precariedade dos serviços e da atenção em saúde. Empenhar-se por manter a saúde é a melhor forma de lidar com o desamparo sentido na saúde e com as outras formas de exclusão de políticas públicas a que são submetidos, prevenir é melhor que remediar. Deve-se ressaltar que a exclusão social a que são submetidos não lhe assegura nenhuma retaguarda no caso de uma incapacidade laborativa.

O caráter individual da iniciativa preventiva, embutida na categoria cuidar bem da saúde, é abordado por Moura e Shimizo (69) em um estudo sobre a estrutura das representações sociais de saúde e doença dos conselheiros municipais da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Para os autores, essa concepção responsabiliza o indivíduo pela própria saúde, desconsiderando as determinações e determinantes sociais do processo saúde doença. Alimentação, bem-estar, qualidade de vida e assistência, ainda que sob outras terminologias também se revelaram representações da saúde no estudo dos autores.

A representação da saúde enquanto assistência aponta para a dificuldade de acesso e para priorização de uma intervenção assistencial, médica, de cuidado e de atenção quando a saúde não vai bem. Também, expressa como essa política chega ao território. É um elemento

periférico da representação social que modula as concepções nucleares de coisa mais importante e qualidade de vida. Ao mesmo tempo é modulado e se ancora no contexto imediato, na falta, na fragilidade dos itinerários terapêuticos pela atenção primária. Objetiva-se na necessidade de um posto de saúde, “de um lugar para ir, quando a saúde não está bem” de “um atendimento e acompanhamento”, pois como diz P8: “Quando a gente não está bem de saúde a gente tem que ter o cuidado porque a saúde da gente é o mais importante”.

Prosenewicz e Lippi (70), em um estudo sobre as percepções dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO, sobre acesso aos serviços de saúde, condições de Saúde e Exposição aos Fatores de Risco, aborda os diversos fatores restritivos ou impeditivos do acesso aos serviços de saúde e conclui que há uma distância entre o que está proposto na política do SUS e o que de fato acontece no cotidiano dos usuários dos serviços, em que o direito à saúde tem sido negligenciado.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido como uma estratégia de reorganização das ações e serviços com vista à promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. As ações de promoção e prevenção pautadas e planejadas, intersetorialmente, a partir da realidade epidemiológica e das vulnerabilidades socioambientais identificadas nos territórios de atuação ficam subjugadas a um modelo assistencial de acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, somados, de tempos em tempos, à assistência dos enfermos acometidos pelas doenças endêmicas como as arboviroses.

Longas distâncias, dificuldades de deslocamento, pouca disponibilidade de médicos e pouca atuação das ACS foram alguns dos elementos associados à restrição de acesso aos serviços e ações de saúde na Comunidade de Café Campestre.

A saúde trazida na representação de “bem-estar” e “qualidade de vida” já amplia o espectro de fatores constitutivos da saúde e os enlaça na perspectiva biopsicossocial. Bem-estar é um conceito amplo e vago, mas, embora considerado por muitos autores como ultrapassado,

ainda é bastante disseminado como conceito de saúde preconizado pela OMS (1), qual seja “Saúde é um completo bem-estar físico, mental e social”.

Qualidade de vida, remete ao movimento de promoção já referido como bastante difundido entre o senso comum e assim como bem-estar, é um conceito que reforça o aspecto positivo da saúde e integra um conjunto de fatores que favorecem uma subjetivação positiva das circunstâncias da vida. Para a OMS (1), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É quando a multidimensionalidade da vida se apresenta em harmonia, com possibilidades de estar e permanecer bem, física, psíquica e socialmente.

Nos discursos dos entrevistados, a qualidade de vida e bem-estar se organizam em torno da boa alimentação, da salubridade ambiental, assistência médica, da possibilidade de desenvolvimento econômico, do convívio social harmonioso, dentre outros.

Boa alimentação é outra categoria da representação de saúde que emerge como componente periférico, associando-se, de certo modo, modulando cuidar bem da saúde e qualidade de vida. Shimizu *et.al.* (71), ao abordar a alimentação enquanto representação social, lembra que desde o final da década de 80 a questão da segurança alimentar e nutricional tem ganhado destaque na agenda política, com a Campanha Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida e, depois do ano 2000, com a criação do Programa Fome Zero.

Observa-se que as representações sociais sobre saúde que emergiram na Comunidade de Café Campestre não estão tão distantes das encontradas em outros grupos, pois, em um estudo sobre representação social da saúde com escolares do Rio de Janeiro, Zalfa, Espírito-Santo e Assis (72) encontraram alimentação, bem-estar e qualidade de vida como elementos de sustentação da representação social na perspectiva promocional da saúde. Iguais achados foram encontrados por Moura e Shimizu (69), por Silva, A. (68) e por Shimizu *et.al*

(71).

Por fim, observa-se que o grupo estudado apresenta uma compreensão ampla de saúde, ainda que alguns elementos deem uma tônica aos aspectos preventivistas, biológico e assistencialista à composição da representação.

Tabela 6 – Tabela das categorias temáticas sobre Saúde

Coisa mais importante da vida	<p>“Acho que é a coisa mais importante na vida das pessoas ...porque sem saúde você não faz nada [...]. Então, com a saúde normal você faz tudo, vai pra todo canto, trabalha e é feliz” (P1)</p> <p>“A coisa melhor que tem é a cabra ter saúde” (P6)</p> <p>Saúde é o básico (P8)</p> <p>“Você tendo saúde, as coisas ficam mais fáceis, você não tendo saúde as coisas complicam” (P11)</p> <p>Essencial porque com saúde a gente pode buscar o restante para nossa vida (P12)</p>
Ausência de doença	<p>“Saúde é a pessoa ser sadia, não sentir nada. Aí eu digo que a pessoa tem saúde para viver” (P2)</p> <p>“[...]é a pessoa viver livre, sem sentir doença, sentir nada” (P6)</p> <p>“A saúde é o bem estar físico das pessoas” (P7)</p>
Cuidar bem da saúde	<p>“Temos que cuidar bem da saúde [...] para se ter saúde tem que ter preventivos” (P8)</p> <p>“Primeiro é a pessoa se cuidar, ter cuidado com a saúde da pessoa” (P10)</p>
Assistência	<p>“Eu quando me sinto doente, meus filhos me levam logo para Fortaleza” (P2)</p> <p>“Mas na hora que a pessoa sente alguma coisa, uma doença, ter um órgão que cuide da gente” (P6)</p> <p>“Quando a gente não está bem de saúde a gente tem que ter o cuidado porque a saúde da gente é o mais importante” (P8)</p> <p>“[...] quando está com problema, ir ao médico, se prevenir” (P10)</p>
Qualidade de vida	<p>“Qualidade de vida” (P4)</p> <p>“É o bem-estar das pessoas, a pessoa viver bem, viver em paz, sem problemas” (P5)</p> <p>“É você buscar através da higiene, do saneamento, tudo isso, vem em prol da saúde” (P7)</p> <p>“Saúde é viver bem com a família, fazer o que gosta, trabalhar, estudar, poder ir na casa de um vizinho conversar” (P11)</p> <p>“Você ter uma boa alimentação para que seu corpo fique saudável, ter água tratada para seu corpo ficar hidratado e com água de qualidade e com isso você vai ter ausência da doença ou pelo menos diminuir as doenças na sua vida, no seu corpo” (P9)</p>

Fonte: Autora (2022)

C) A Importância do Saneamento

Todos concordaram com a afirmação de que o saneamento é importante. Nas

justificativas as temáticas da limpeza do ambiente, da prevenção de doenças, da qualidade de vida / bem-estar, voltam a ser marcadamente reafirmadas, dando eco à sua relação com o ambiente e saúde, no entanto, trazem um novo elemento à sua abordagem pela comunidade. Trazem à tona a questão do acesso a serviços e à informação como alicerces para as atitudes e práticas comunitárias adequadas de saneamento.

Como já foi dito antes, quando a política de saneamento não chega, a comunidade desenvolve formas de sanear o ambiente, ainda que inadequada. P9 expressa isso claramente: “Você vai saber o que fazer, como fazer e vai ter com que fazer a limpeza. Por exemplo, se você não tiver banheiro, em algum canto aquilo vai ter que ficar e aí vão proliferar, ratos, bactérias e isso chega até você, doenças”. Para P3, a disponibilidade de um serviço possibilita edificar condutas:

Eu acho que para melhorar precisava de ter um, pelo menos duas vezes por semana, um carro fazendo coleta das coisas porque tem uma gente que é mais diferente. Eu não vou avisar nome de ninguém, que é para mim [...], mas, tem uns que são mais descuidados. Eu acredito que se tivesse duas vezes por semana (coleta de lixo), esse povo meio descuidado, acho que eles ajuntavam também.

Já P12 denuncia a contrariedade em ter que adotar um comportamento, ainda que sua consciência ambiental o caracterize inadequado. Assim, ele explica sobre a importância do saneamento: “Com o saneamento você não vai ter aquela preocupação com os resíduos que você vai estar soltando no ambiente”. Entretanto, o discurso mais emblemático sobre essa questão foi feito por P4:

[...] Isso é uma dor de cabeça pra nós porque, aqui, no interior, a gente luta muito a respeito do lixo. Aqui (no entorno da sua casa), como vc pode observar, é tudo limpinho, organizado porque a gente faz a coleta, reserva um buraco ali, num local só. Plástico, essas coisas a gente separa, mas, também, tem um dia de queimar e eu não gosto disso. Eu gostaria que esse lixo fosse recolhido porque tem muito plástico, esse plástico vai pra terra e não é bom. Eu luto muito aqui na comunidade porque as pessoas aqui, são muito mal informadas a respeito do lixo. Tem muito plástico na terra, muito vidro. Eu gostaria muito que tivesse aqui, uma educação melhor sobre isso, uma pessoa para falar porque, por exemplo, se eu for falar com as pessoas nas casas a

respeito do lixo, elas não vão me atender e não vão gostar. Gostaria que houvesse uma conscientização para isso. Então, eu faço a coleta seletiva e queimo porque é a única coisa que a gente pode fazer, não tem outro jeito. Resto de comida, por exemplo, eu dou para os animais, mas, plástico, papel, essas outras coisas, a gente queima naquele cantinho ali, mas, isso não é bom pra natureza, né?

P9, além de pontuar a necessidade de uma destinação inadequada dos resíduos por falta de serviço, introduz a importância do universo reificado na ressignificação e transformação das representações. Se é certo que a ação de saneamento deve considerar as particularidades sociais, econômicas, culturais e ambientais dos usuários, é igualmente importante que os usuários se apropriem de conhecimentos técnicos e científicos capazes de capacitá-los cognitivamente e empoderá-los socialmente na direção da promoção da saúde.

Como foi dito anteriormente, Moscovici (17) coloca que há dois universos de produção de saberes: o consensual e o reificado. O consensual é aquele que vai sendo construído nos espaços públicos através das relações, interações e comunicações entre as pessoas. Todos estão legitimados a produzi-lo. O reificado é aquele em que o conhecimento vai sendo produzido em espaços restritos, por quem assume prerrogativa e competência para tal em virtude de determinada posição, classe ou categoria em que se encontra incluído. É o lugar do técnico e do cientista, por exemplo.

P10 também é reveladora deste fato: “Aqui é assim, quando chega uma pessoa de fora todo mundo se empolga, todo mundo quer ir, quer participar, mas, quando é o pessoal da comunidade mesmo, o pessoal não faz nem questão”. P8 endossa essa questão ao responder sobre o que sua comunidade precisa para que as pessoas tenham mais saúde. Como ACS, ela expressa:

Precisa de mais orientação porque eu acho que minha comunidade ainda é muito vaga. Por mais que a gente esteja ali todos os dias orientando... não é nem orientação porque até a orientação a gente tem... acho que a comunidade precisa mais de um acompanhamento prático porque a gente está ali, orientando quase todo dia as mesmas coisas e a gente vê que as falhas permanecem naquelas mesmas coisas que a gente está orientando.

Algumas posições validam, certificam conhecimentos e informações. Há um dito popular que traduz bem essa situação: Santo de casa não faz milagre. O técnico, o professor, o cientista são figuras legitimadas para a difusão de determinados saberes. A forma como se aproximam ou se inserem em determinados contextos, no entanto, é que determina o alcance dessa disseminação. Quando se inserem com supremacia, impondo uma verdade absoluta, tornam-se inócuos. Se não conversam com os saberes populares, não aderem ao tecido social e não ganham capilaridade no grupo.

De modo simples, mas encantador, P3 explicita e defende de que lugar ele fala e com que propriedade fala: “Eu nasci e me criei na agricultura, me aposentei como agricultor, eu não tenho que ter orgulho disso? Claro que sim. Agora porque você é doutor e eu agricultor, eu vou amaldiçoar minha arte? Não, que que é isso? Eu aprendi e vivi nessa terra”. É no encontro dos saberes populares, técnicos e científicos que velhas informações são ressignificadas e novos conhecimentos são produzidos nas três instâncias. Mas, para tanto é necessário que se estabeleçam diálogos horizontalizados entre essas esferas.

Freitas (73) ao aproximar o estudo das representações sociais ao campo da educação ambiental, contribuindo e ratificando este campo como um dos importantes eixos articuladores junto aos processos de qualidade de vida e de saúde, coloca que: “Tratando-se das questões ambientais em saúde, vale ressaltar que o saber científico, que se pretende universal, e o saber do senso comum, prático e multicultural por natureza, deveriam ser valorizados e discutidos na intenção de gerar resultados satisfatórios para ambos” (p. 601). São instâncias que se retroalimentam, uma vez que o senso comum se instrumentaliza e a ciência e a técnica, ganham em criatividade e particularidade.

Paulo Freire (2000) citado por Freitas (73) esclarece como o universo reificado e consensualizado se entrelaçam, produzindo sentido e conteúdo para a elaboração de novos conhecimentos.

Se, de um lado, não posso me adaptar ou me “converter” ao saber ingênuo dos grupos populares, de outro, não posso, se realmente progressista, impor-lhes arrogantemente o meu saber como o verdadeiro. O diálogo em que se vai desafiando o grupo popular a pensar sua história social como a experiência igualmente social de seus membros vai revelando a necessidade de superar certos saberes que, desnudados, vão mostrando sua “incompetência” para explicar os fatos (p. 38).

Os discursos evidenciam e ratificam a importância e a necessidade de práticas de saúde e de saneamento ampliadas e contextualizadas que se desenvolvam através da troca de saberes entre os atores envolvidos e com respeito às diferenças culturais de cada localidade. Somente uma atuação mediatizada pelo diálogo pode produzir conhecimento para dentro do cotidiano do grupo, sensibilizando e fomentando novas interpretações de mundo e mudanças de comportamento.

Há, portanto, uma percepção entre alguns entrevistados acerca da responsabilidade que cabe a eles na promoção e manutenção de um ambiente saneado, entretanto, é preciso que se tenha estrutura, serviços e informações (conhecimento) para que essa consciência e prática se amplifiquem entre os comunitários.

D) Relação entre Saúde, Ambiente e Saneamento?

Com exceção de P2, para quem ter cuidado com a saúde é o mais importante, todos confirmaram a relação entre saúde, ambiente e saneamento, sendo a limpeza e a prevenção de doenças a causa e consequência desse desdobramento. P7 sintetiza esse consenso: “Eu acho que sim, porque para que se tenha uma boa saúde, precisa ter um ambiente adequado[...], o saneamento é importante para que as pessoas possam ter saúde porque se não existe saneamento a gente está em risco de contrair várias doenças” (P7).

Saúde e ambiente aparecem como tendo uma relação intrínseca, mediada pelo saneamento. A concepção ampliada de saúde a considera numa perspectiva positiva e

multidimensional. Evidencia as determinações e determinantes sociais das situações de saúde e propõe políticas, ações e práticas de saúde integrativas que considerem as condições socioambientais dos territórios de ação.

O conceito de meio ambiente, segundo a ONU, considera os componentes físicos, químicos, biológicos e sociais capazes de impactar direta ou indiretamente, a curto ou longo prazo, os seres vivos e as atividades humanas. O termo considera, ainda, três perspectivas; o ambiente natural ou físico (ar, solo e água, por exemplo), o ambiente artificial, aquele modificado e construído pela ação do homem (casas, prédios, por exemplo) e o ambiente cultural, aquele simbólico que impregna o artificial de sentido, significado e sentimento, histórico, cultural e social de determinado grupo. (9)

O conceito de saneamento tem se diversificado ao longo do tempo, acompanhando os avanços tecnológicos, o conhecimento científico e a apropriação deles pela população. Para OMS (1), saneamento é “o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu estado de bem-estar físico, mental ou social”.

Segundo Braga *et.al* (74) o termo “salubridade”, tem ganhado destaque na literatura e nas políticas públicas e sociais aproximando as questões de saúde às questões ambientais. O conceito de salubridade ambiental, no entanto, tem se apresentado de forma diversa.

Após revisão bibliográfica, os autores verificaram que o maior número de publicações referentes ao assunto foi encontrado nas áreas de ciências da saúde, seguida da área de engenharias, nas quais estão inseridos o Saneamento Básico e o Saneamento Ambiental. A revisão apontou ainda que independente do contexto, as questões de higiene, limpeza e adequação de ambientes se relacionavam à promoção da saúde do homem e do ambiente, em grande número das publicações. Para a Funasa (9), salubridade ambiental seria:

O estado de higidez em que vive a população urbana e rural, tanto no que se refere à sua capacidade de inibir, prevenir ou impedir a ocorrência de endemias ou epidemias veiculadas pelo meio ambiente, quanto no tocante ao seu potencial de promover o aperfeiçoamento de condições favoráveis ao

pleno gozo de saúde e bem-estar (p. 19).

A salubridade e saúde ambiental não são a mesma coisa. Salubridade seria “o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos” (p. 20).

Heller (30) lembra que quando mensurados a curto prazo, os impactos do saneamento na saúde podem ser inexpressivos, entretanto, numa avaliação a longo prazo, seus efeitos superam com notoriedade as intervenções médicas, uma vez que previnem cerca de quatro vezes mais mortes e elevam a expectativa de vida sete vezes mais. Sob outro enfoque, Soares *et al* (28) citam o estudo de Cvjetanovic (1986), o qual considera os benefícios diretos e indiretos do saneamento sobre a saúde a partir da perspectiva dos efeitos sociais e econômicos que eles agregam. P4 e P9 parecem dar tônica a essa vertente.

Então, primeiramente, acho que tem que ser cuidado o lixo. Depois do lixo, vamos se organizar para pensar, num lugar melhor para fazer uma plantação, investir em alguma coisa. E aqui, eu olho e vejo o pessoal totalmente parado, não tem nada, nada. A gente vai em outras cidades por aí, mesmo que não tenha água, mas, todo mundo tem suas plantações de cheiro-verde, de verdura, disso e daquilo. Também, não sei se é porque antes não tinha água, né? Vamos ver se é (P4).

Sim. Um ambiente limpo, preparado, com boa estrutura, para que haja uma boa qualidade de vida, haja limpeza, que as pessoas tenham condições de se movimentar naquele ambiente, recebendo alimentação, água e tudo limpinho a seu redor, então, ali ela terá mais saúde (P9).

Pode-se considerar, pois, que as falas do grupo em estudo reproduzem o entendimento de que o saneamento se constitui importante promotor de salubridade ambiental e, conseqüentemente, de condições favoráveis à prevenção e promoção da saúde.

E) De Que Café Campestre Precisa Para Que as Pessoas Vivam Tenham Mais Saúde

O saneamento se apresentou como pauta relevante. O termo foi citado quatro vezes

de forma genérica. Entretanto, o lixo, em específico, mostrou ser uma demanda bastante evidente, seja enquanto serviço de coleta, seja enquanto uma atitude responsável a ser desenvolvida pelos moradores.

A demanda por uma melhor assistência também foi bastante significativa e foi apontada pela necessidade de um posto de saúde na comunidade, da disponibilidade de médico e de uma melhor atuação das ACS.

A participação social, foi outro aspecto bastante mencionado não só em resposta a essa questão em específico, mas, em outros momentos das entrevistas e em conversas informais com os comunitários.

Como a questão do lixo e da assistência à saúde já foram abordados anteriormente, traz-se o foco para a discussão na participação social. Considera-se, no entanto, que a sua abordagem revela elementos e nuances extensivos à reflexão das duas outras temáticas. Souza (75), ao analisar as referências concernentes à participação dos cidadãos no marco legal nacional do saneamento, identificou que em todas as referências a participação é abordada na perspectiva do controle social e podem ser classificadas em duas categorias: uma que a reconhece como promotora da participação e outra marcada pela dubiedade, uma vez que, ao mesmo tempo, incentivam e restringem a atuação participativa.

A Associação de Café Campestre, segundo os relatos, é bastante conhecida e atuante. Através dela, a comunidade conseguiu muitos projetos, inclusive a construção da sua sede. Há um consenso entre os entrevistados de que a Comunidade / Associação é organizada, mas, vem perdendo força porque as pessoas estão desmobilizadas.

A associação dos moradores do Café Campestre é conhecida em todo canto, agora, era para ser unida, mas, muita gente não quer ir e a gente não pode obrigar, até porque tem gente que vai e quando chega a aposentadoria (Pausa). Comunidade é coisa que puxa projeto. Todo projeto que tem aqui, que doa ou deixe de doer, foi assinado lá. Mas, tudo no mundo é puxado por associação (P3).

A Comunidade era para ter união, que não tem. Tem comunidade, mas, não

são unidas. Se fosse todo mundo unido, tinha como procurar alguma coisa para a comunidade, mas só que o pessoal não se une [...] A união fazia a força (P6).

Um dos motivos para a desmotivação seria o fato de que muitos já conseguiram se aposentar e acreditam que por isso, não precisam se manter associados. O outro motivo é a descrença nas propostas e conquistas.

Nas reuniões da associação já diminuiu muita gente porque muita gente já se aposentou, aí acha que não vai mais precisar da associação, outras dizem assim, “não, não vou não, não tem nada para oferecer, uma cisterna, não tem nada” aí eles não valorizam, sabem que esse projeto da água, foi um projeto via associação. [...] Falta as pessoas se conscientizarem que a gente só pode conseguir as coisas se lutar junto (P7).

A participação social é uma temática bastante considerada no campo da saúde. A própria constituição do SUS se desenvolveu sob intenso processo participativo e reivindicatório. A participação, no entanto, tem sido definida e praticada sob diversos prismas, variando conforme os atores e os interesses envolvidos no contexto.

Segundo Valla (76) a participação social compreende “as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.)” (p. 21). Para sua efetivação torna-se essencial um processo de *empowerment*, que culmina na descentração do poder, ou seja, no seu compartilhamento entre gestores públicos, profissionais e usuários.

Esse empoderamento se desenvolveria a partir de uma relação dialógica e uma comunicação dialética entre os atores envolvidos na direção do aumento da informação e do desenvolvimento e fortalecimento da consciência crítica e das potencialidades dos indivíduos ou grupos, contribuindo para a mobilização e participação deles na busca e definição de soluções para os problemas vividos.

Souza (75) lembra que para Juan Bordenave a participação se constitui sob duas

bases complementares e se sustenta pelo equilíbrio entre elas. Uma é de ordem afetiva e diz respeito à satisfação em participar, a outra de cunho instrumental, relaciona-se à eficácia e eficiência da participação.

Para essa discussão, faz-se oportuno diferenciar participação social e mobilização social. A participação está mais ligada à esfera individual, uma dimensão psicológica, uma consciência individual que orienta o indivíduo para uma atuação cooperativa em favor de si e da coletividade. Já a mobilização social está na esfera política da coletividade, é uma condição coletiva criada no contexto da participação social. Ou seja, refere-se ao modelo organizativo e institucional que os coletivos sociais instituem para oportunizar espaços de encontro e facilitar a participação social (77).

A promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde deveria ser uma das características do processo de trabalho das equipes de saúde da família (78). As práticas de saúde, portanto, deveriam fomentar a participação e a mobilização social.

Nepomuceno, Brito e Góis (77) menciona alguns autores que têm referido um distanciamento entre o discurso oficial e as práticas de educação e participação nos territórios, as quais têm se efetuado sob forte áurea ideológica. E conclui que as ações de saúde são propostas a partir de um ideário que valoriza e destaca a importância da participação e organização comunitária, mas se guiam por uma proposta de “manipulação de culturas e valores” ou “evangelização sanitária”.

Valla (76) menciona que se por um lado os profissionais têm dificuldade e resistência de entender a leitura de mundo e a forma de agir dos populares, esses, descrentes das políticas públicas, têm desenvolvido outros mecanismos e buscado outras vias - diferentes das já estabelecidas pelas políticas assistenciais - para resolver suas necessidades e problemas.

Martins *et.al* (79), em um estudo sobre as representações sociais dos usuários do

Programa Saúde da Família, levantou que 64% dos entrevistados vê o programa como um local para a realização de consultas, controle e continuidade do tratamento, ou seja, uma compreensão do caráter assistencialista e biomédico. O mesmo estudo identificou que 86,8% dos entrevistados acreditam que o PSF estimula sua participação nas atividades desenvolvidas. Entretanto, grande parte localiza essa participação no agendamento prévio das consultas pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Uma maior autonomia sobre a própria saúde também foi relatada como produto da atuação do PSF. Assim, 72% relataram terem se tornados mais ativos em relação à própria saúde, passando “a controlar a dieta, os medicamentos, praticar atividade física e frequentar mais as consultas”. Os dados mostram que as práticas de saúde têm favorecido o empoderamento e a autonomia individual do usuário. De modo que as condições da existência humana consideradas como produtoras de situações de saúde permanecem sem serem problematizadas.

Valla (76) chama atenção para as armadilhas dessa prática, pontuando que um dos efeitos mais danosos da precariedade dos serviços públicos no Brasil é a culpabilização da vítima. Dessa forma, o responsável pela doença é o seu portador, pelo fracasso escolar é o aluno e por aí vai. As condições de vida que produzem os resultados deixam de ser consideradas. “A individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva”. (p.10)

Martins *et.al* (79) ressalta que, embora o PSF tenha sido formulado visando uma mudança nas práticas de saúde, o que se constata é que ele vem se efetuando entre a “focalização e a universalização”, ou seja, tem se restringido à universalização de serviços assistenciais. Citando Merhy, os autores acrescentam que o desafio para a mudança de um modelo sanitário curativo para um modelo promotor de saúde refere-se à “possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas e corporativas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos

modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde” (p. 1939).

Souza (75), ao analisar as referências concernentes à participação dos cidadãos, no marco legal nacional do saneamento, identificou que em todas as referências a participação é abordada na perspectiva do controle social e podem ser classificadas em duas categorias: uma que a reconhece como promotora da participação e outra marcada pela dubiedade, uma vez que, ao mesmo tempo, incentivam e restringem a atuação participativa. Assim, em virtude das visões de mundo que marcam a atuação dos profissionais nos territórios, o empoderamento, conforme Souza (75):

Pode tanto se referir a um processo de mobilizações e práticas voltadas para promover e impulsionar o crescimento, a autonomia, a ampliação da consciência crítica e a melhoria das condições materiais de vida de indivíduos e comunidades; quanto pode se associar a projetos e ações sociais assistencialistas que buscam pura e simplesmente atender pontualmente indivíduos e grupos excluídos, carentes de determinados bens, recursos e serviços essenciais à sobrevivência, sem, contudo, romper com a estrutura e os processos que os mantêm excluídos (p. 150).

Entende-se que os comunitários de Café Campestre expressam a importância da organização e participação comunitária para as conquistas, passadas e futuras, de bens e serviços, entretanto, parecem estar em estado de hibernação, aguardando condições favoráveis ao exercício da cidadania, condições essas que os faça acreditar na possibilidade de mudar a realidade.

Práticas democráticas e intersetoriais de saúde e saneamento centradas em um usuário territorializado, são essenciais para oportunizar espaços reflexivos que desenvolvam e fortaleçam as competências participativas e mobilizadoras dos comunitários, aproxime-os de técnicos e gestores para discussão e decisão a respeito do enfrentamento dos problemas identificados e priorizados por eles, reacenda os sentimentos de pertencimento, de capacidade e poder transformadores, fazendo-os “esperançar”, novamente, outras formas de ser e estar no mundo.

Retornemos, então ao objetivo geral dessa pesquisa que é analisar as representações sociais sobre saneamento e saúde da comunidade estudada.

Os dados apontam a saúde, a limpeza e a qualidade de vida, como sendo as representações centrais do saneamento. Serviços, melhoria para a comunidade e prática que deve ser compartilhada, configuram como periféricos. Coisa mais importante da vida, cuidar da saúde e bem-estar / qualidade de vida, surgem como elementos nucleares da saúde. Boa alimentação, assistência e ausência de doenças compõem o grupo da periferia.

Figura 1 – Estrutura das Representações Sociais sobre Saneamento e Saúde



Fonte: Autora (2023)

Sobre o prisma da centralidade da representação, verifica-se, que a saúde é um forte componente da representação do saneamento. Ao intervir no ambiente, evita doenças e melhora a qualidade de vida, promove bem-estar. Viu-se, no entanto, que apesar da representação trazer conceitos associados ao viés promocional da saúde, o seu caráter higienista e preventivo emerge como uma ideia mais comungada por todos.

A compreensão da saúde é mais ramificada e não estabelece relação tão representativa com o saneamento. Embora em seu bojo acolha conceitos amplos como bem-estar, qualidade de vida, esses parecem assumir um contorno individual, clínico, assistencial,

biológico.

Se considerarmos que os saberes se localizam entre o individual e o social, deve-se considerar que ele pode variar de lugar para lugar, de pessoa para pessoa e até mesmo, numa mesma pessoa. Isso porque as representações se articulam com os afetos e com a memória, trazendo registros das experiências individuais e grupais (21).

Os elementos centrais são pilares constitutivos das representações sobre saneamento e sobre saúde. Constituem o eixo em torno do qual a representação se organiza e assume identidade. Está intimamente ligado à memória coletiva, à história do grupo, ao sistema de valores e ao envolvimento na situação social. Nele reside a força simbólica da representação, seu sentido e significado e por isso são os mais consensualizados entre o grupo, os mais rígidos e mais resistentes às mudanças. Em torno dele orbitam os componentes periféricos. Esses admitem a heterogeneidade, a transitoriedade. São sensíveis ao contexto imediato e são mais flexíveis. Essas características conferem a essa periferia uma maleabilidade capaz de absorver/acomodar pequenas ou provisórias mudanças no contexto e assim, proteger o arranjo central. São os elementos periféricos que suportam as variedades representacionais quando considerados em um mesmo grupo ou em uma mesma pessoa.

Esse aspecto de estabilidade e dinamicidade que caracteriza e diferencia as instâncias é que conferem às representações um lugar que sustenta as permanências culturais e outro que acomoda a multiplicidade, diversidade e contradição. Enquanto a concepção de saneamento explicita a relação entre saúde e ambiente, a representação da saúde parece suprimir ou restringir a dimensão ambiental. Haveria aí, então, uma contradição?

Viu-se que as representações sociais se constituem um saber social. Entretanto, embora, assumam formas cognitivas como ideias, imagens, conceitos, categorias, elas não podem ser reduzidas a elas, mas consideradas sempre em relação ao contexto que as produziu. Visto por esse ângulo, o que parece contraditório nas representações sugere estreita

correspondência com a forma como as políticas de saneamento e saúde chegam ao território, pois vimos que elas geralmente chegam de forma pontual e desarticuladas entre os setores.

As práticas de saúde e a construção política das instituições de saúde são fatores que modelam a concepção de saúde. Dessa forma, as representações acabam por embutir o modelo hegemônico que chega ao território e, como já visto, o modelo biomédico tem, tradicionalmente, influenciado a produção das ações e serviços em saúde pública (69).

Se o saneamento, defendido por médicos e engenheiros sanitarista foi uma bandeira que fomentou a Política Nacional de Saúde Pública no Brasil, hoje, ele é um tema pouco abordado pelos pesquisadores do campo da saúde coletiva. Paradoxalmente, os temas ambientais referentes aos impactos do desenvolvimento econômico sobre o ambiente (poluição atmosférica, contaminação do solo e corpos hídricos, dentre outros) foram adquirindo relevância na determinação de danos à saúde e promovendo uma maior aproximação entre o setor saneamento e o ambiental (80).

Por outro lado, as intervenções de saneamento, podem ser concebidas e desenvolvidas na perspectiva da prevenção de doenças ou na perspectiva da promoção da saúde. Quando assume o caráter preventivo de doenças, constitui-se como ação pensada e executada por engenheiros, focada no ambiente físico para interromper ou comprometer a transmissão de doenças e assegurar a salubridade ambiental. A articulação institucional se destina tão somente à sustentabilidade operacional dos sistemas de engenharia e as ações de educação em saúde e ambiental se concentram na distribuição de informações e na mudança de hábitos e costumes da população (81).

Já ao seguir uma linha promocional da saúde, o saneamento assume um caráter multidimensional que integra à instância do ambiente, suas dimensões física, social, política, econômica e cultural. É uma ação mediada por indivíduos e ambiente que integra um conjunto de ações que abordam os determinantes e as determinações sociais que afetam a situação de

saúde local. Articula-se com instituições e com a população, compartilhando responsabilidades, ações e decisões e fomentando espaços e processos de participação social, capazes de fortalecer e empoderar as comunidades contempladas com as ações de saneamento (82).

O saneamento tem sido, historicamente, considerado uma intervenção higienizadora do ambiente que ao interromper a cadeia de transmissão de doenças, torna-o salubre. Nesse sentido, as ações de saneamento têm se desenvolvido nos territórios sob a perspectiva preventivista. Entretanto, como coloca Villardi et. al (42) “tratar das relações entre saúde e ambiente no âmbito das atribuições do SUS envolve o desafio posto no âmbito do cuidado coletivo” (p.51)

A representação é uma construção social tecida na materialidade do cotidiano (26). Dessa forma, os discursos re-apresentam como as ações de saúde e saneamento se organizam, estruturam-se e se desenvolvem na comunidade de Café Campestre. E tem-se que tanto as práticas de saúde quanto as de saneamento têm se organizado no território em torno do conceito de doença.

6 CONCLUSÃO

A idade da razão impôs o caminho da neutralidade para alcance da descrição e compreensão verdadeira do objeto. Sob a égide desse princípio, o saber se desenvolveu e progrediu distanciando sujeito e objeto e desconsiderando todo contexto de sua produção. A atividade do conhecimento, ou mesmo, a construção do conhecimento, deve se processar sem qualquer interferência das emoções, do *habitus*, daquilo que culturalmente constitui quem o produz. Motivos, afetos e interesses do ser que conhece, tudo isso deve ser afastado do conhecimento. Só assim, pode-se produzir o saber racional, verdadeiro, universal (26). Esse tem sido o *modus operandi*, diga-se assim, que tem movimentado a atividade epistemológica, permeado o universo acadêmico e impregnado a visão e a prática técnica no campo da saúde e do saneamento.

Sob essa áurea cartesiana, alguns conhecimentos têm sido dotados de credencial epistemológica, reconhecimento e legitimidade, enquanto outros recebem a pecha de supersticiosos, distorcidos ou sem fundamento (26).

O discurso do saneamento tem sido proposto na perspectiva da saúde pública e o conceito de promoção da saúde tem redirecionado o discurso da saúde pública e proposto perspectivas mais abrangentes no campo da saúde e do saneamento. Ações intersetoriais que perpassem a dimensão local e global, concebam o ambiente em uma perspectiva ampla e considerem elementos físicos, psicológicos e sociais têm sido apontados como caminhos e desafios nesse novo rumo (39).

A Lei 8080/90 expressa em seu Art. 7º que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] X - integração em nível executivo das ações de

saúde, meio ambiente e saneamento básico; [...].

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Recentemente, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (84) ao defender o PNSR, reafirma a indissociabilidade entre saneamento e saúde e expressa:

O saneamento, nos âmbitos públicos, comunitários e domiciliares, implica em políticas públicas intersetoriais envolvendo saúde, ambiente, educação, agricultura, infraestrutura, planejamento territorial, etc. Essa integração se faz mais emergente diante da relação entre insegurança hídrica e alimentar, bem como dos efeitos dos eventos extremos hidrológicos derivados das mudanças climáticas.

A intersetorialidade e a participação social, portanto, são dois elementos fundantes de uma prática promotora de saúde. Na prática, a operacionalização de projetos e ações na perspectiva da promoção da saúde, apresentam inconsistência, contradições e pontos obscuros que acabam por não os diferenciar das práticas preventivas tradicionais (39).

Analisando os dados, viu-se que os participantes apresentaram um saber sobre saneamento e saúde que transita entre um cunho preventivo e de promoção à saúde. Trazem elementos da promoção da saúde, mas assinalam na representação tanto de um quanto de outro, um caráter organizativo, institucional e operacional, preventivo. Isso ocorre porque é assim que as ações de uma e de outra têm se apresentado como acontecimentos da vida diária, enquanto experiências individuais e coletivas. É como elas são partilhadas em vivências e circulam em informações, como se dão nas relações com os profissionais de cada área.

A dificuldade de mudar a chave da prevenção para a promoção reside no fato do conhecimento e das práticas tanto de saúde quanto de saneamento terem se desenvolvido em torno de conceitos objetivos da doença e não da saúde. Ambos acompanharam o desenvolvimento da medicina e essa, sempre foi fortemente marcada pela racionalidade científica. Nesse sentido, o saber científico tem se constituído como única forma de produção

de conhecimento da engenharia sanitária e, assim, tem direcionado a atuação e as intervenções técnicas.

Na dimensão política, a perseguição à universalização (cobertura) parece ter limitado – quando não, encoberto - a perspectiva sanitária das ações de saneamento. “No plano da racionalidade, concluídas as obras de saneamento a universalização será atingida com a conexão intradomiciliar feita pelo usuário”. (41) (p. 3040). Tem-se, então, que os dois focos principais das ações de saneamento têm sido a universalização e a intervenção no ambiente para interrupção da cadeia de transmissão das doenças decorrentes do saneamento ambiental inadequado.

Sob esses prismas, o saneamento tem sido operado de forma pontual e têm considerado o usuário de forma objetiva, desprezando toda a subjetividade que há na conexão domiciliar ou na conexão serviço/usuário. E é aí que o saber técnico-científico encontra suas limitações, comprometendo a efetividade e a sustentabilidade das tecnologias implantadas, pois é quando a objetividade científica, técnica e tecnológica se depara com as singularidades e subjetividades das experiências/situações. É quando o sistema de esgotamento está implantado e o usuário não se conecta a ele. É quando o sistema de abastecimento está instalado, mas, o usuário continua consumindo a água da cisterna sem tratamento. É quando o serviço de coleta seletiva acontece, mas, o usuário não faz a separação do lixo.

Há produção de vida e de saberes pelos usuários que tomam decisões e orientam comportamentos conforme cultura, experiências, afetos, memórias, histórias e condições de vida individuais e coletivas. Enquanto a ciência rejeita os sentidos, é no pulsar da realidade que eles significam e dão sentido aos objetos/acontecimentos. Assim, água tratada por um SAA, como vimos, não é mais limpa, melhor e mais gostosa que a da cisterna. A tecnologia assume relevância para a qualidade de vida porque agrega a ela conforto, praticidade, mas, água boa de beber continua sendo aquela que agrada aos olhos, ao nariz e ao paladar.

O objeto existe em relação a um sujeito, desse modo, a tecnologia não é recepcionada com o mesmo significado e sentido que lhe atribui o olhar técnico-científico. No território, ela é reconstruída cognitivamente, pelos usuários, tendo como referência os valores históricos e sociais construídos pela experiência individual e grupal.

Ao propor um estudo das representações sociais, admite-se que há pluralidade de saberes, admite-se que todo observador analisa e fala de algum lugar. Nesse sentido, entende-se que o saber é representacional. Os dados mostraram que há um saber sobre saneamento e sobre saúde entre os comunitários de Café Campestre.

Um saber que se edifica entre o individual e o social, entre o intra-psíquico e o coletivo. Que se constitui na relação entre sujeitos e entre esses e objetos. Localiza-se entre o subjetivo, o intersubjetivo e o objeto, numa relação “sujeito-outro-objeto, no tempo e no espaço”. Um saber que mediado pela vivência, pelos afetos, pela memória e pelas expectativas, conecta, organicamente, conhecimento e sujeito do conhecimento (26).

Não há, contudo, a pretensão de negar o conhecimento científico, mas de apontar suas limitações no campo das práticas. Até por que como diz Czeresnia (39):

Essa negação se expressa, por um lado, ao se considerar a verdade científica como dogma, tornando-se insensível ao inexplicável, ao que não foi conceituado; por outro lado, ocorre também quando se exige que a ciência responda ao que não lhe é pertinente. Nenhuma ciência seria capaz de dar conta da singularidade, por mais que se construam novos modelos explicativos – complexos – da realidade. Buscar dar conta da singularidade é estabelecer novas relações entre qualquer conhecimento construído por meio de conceitos e modelos e o acontecimento singular que se pretende explicar. Enfatiza-se aqui a necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão (p. 3).

A pesquisa demonstrou que o conhecimento não é produzido só no universo científico ou técnico, mas também, no universo das vivências. E nesse sentido, o significado e o sentido de um objeto ou experiência muda conforme a posição de quem o contempla. Assim, um SAA é representado de uma forma por um engenheiro sanitário e de outra por uma

comunidade atravessada pela restrição de acesso a água. Dito isso, pode-se concordar que os moradores de Café Campestre têm saberes e, acima de tudo tem suas razões.

As representações são dinâmicas, guardam dependência ao contexto ideológico do momento, ao grau de envolvimento do grupo que a(s) elabora(m) e à vinculação e aos meios e estilos de comunicações partilhadas por ele. Nesse sentido, são produto e processo, “produto porque se constitui por meio de conteúdos oriundos de outras épocas históricas e, processo, porque ainda que se possa localizar sua origem, esta é sempre incompleta visto que outros conteúdos a alimentam”. (83) (p. 397)

Para Jovchelovitch (26), “a proliferação dos meios de comunicação de massa e o impacto de práticas globalizadas em arenas locais intensifica os embates entre formas diferentes de saber e levanta questões sobre como comunidades locais apropriam e dão sentido aos saberes que chegam de lugares dominantes” (p. 28).

O estudo das representações indica, portanto, que as externalidades positivas do saneamento sobre a saúde coletiva, não serão alcançadas pela imposição do saber técnico, mas pela ação comunicativa que permita diluir as assimetrias entre os conhecimentos, viabilizando a composição de saberes diversos. Para que isso aconteça, faz-se necessário des-ideologizar os conhecimentos, problematizar o real, mergulhar nas contradições sociais constitutivas de uma determinada situação de saúde. Faz-se necessário mais que uma ação de saneamento, uma prática social territorializada que reflita como o global repercute no local.

É entre o conhecimento técnico-científico e o popular, entre a tecnologia e o usuário, entre o saber e o fazer, entre o fazer e o saber que se insere a educação em saúde ambiental enquanto espaço e canal possível para o diálogo, a reflexão, a problematização e a ressignificação de saberes.

A sustentabilidade e efetividade das ações de saneamento enquanto ações de saúde pública, exigem que sejam oportunizadas e fortalecidas práticas coletivas e colaborativas. Elas

são o eixo transversal que conecta saúde, ambiente e saneamento, integrando a essa trilogia a dimensão humana que conforma e movimenta essa relação.

Para que o saneamento alcance o propósito da saúde pública, a tecnologia não é suficiente, pois é uma complexa organização humana, que se expressa no comportamento individual, coletivo e institucional que possibilita ou não a sustentabilidade e a efetividade da tecnologia enquanto equipamento de saúde pública, coletiva. E como vimos os comportamentos são dirigidos, atravessados pelas representações sociais. A mudança de comportamento possui aspectos muito importantes a serem considerados, como as atitudes, crenças, representações e valores, que entre outros podem motivar as pessoas a desenvolver condutas efetivas de proteção à saúde humana e do ambiente (85).

A educação em saúde ambiental como lugar democrático de encontro das diferentes visões de mundo, torna-se palco para as negociações simbólicas e objetivas entre atores, oportuniza e fortalece práticas coletivas e colaborativas para pensar e atuar sobre uma dada realidade, potencializando transformações cognitivas e comportamentais não só nos rurais, mas, também, nos técnicos, gestores e demais implicados. Ao fomentar um agir comunicativo, promove aprendizagens sociais que viabilizam reconstruir conhecimentos, fortalecer vínculos, selar compromissos, distribuir responsabilidades e mobilizar pessoas em torno de um objetivo comum.

Pelas considerações acima, acredita-se ter demonstrado a importância do estudo das representações sociais na compreensão de como o ambiente interfere no comportamento humano - e vice-versa - e de como elas ao possibilitar a articulação entre sistemas de comunicação e sistemas de organização cognitiva, orientam condutas e práticas sociais.

Entende-se assim, ter desvelado a importância do seu estudo no âmbito do saneamento e, em especial a importância das ações de educação em saúde ambiental para que o saneamento se constitua em ações efetivas e sustentáveis de saúde pública. Pois, concordando

com Jovchelovitch (26), pode-se dizer que:

O diálogo entre formas diferentes do saber não apenas é possível como é desejável; se o que todo saber deseja é, de algum modo, dar sentido ao estranho, isso significa dizer que todo saber é capaz de encontrar a estranheza do outro desconhecido e mediar as diferenças que encontra (p. 29).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Primeiramente, tem-se que ter em mente que o universo amostral da pesquisa é um recorte limitado do grupo populacional total de Café Campestre. Embora, entenda-se que o coletivo se expressa no individual, há que se considerar, também, que a experiência existencial de cada indivíduo singulariza o coletivo. É isso que, de certa forma, localiza as representações entre o individual, o inter-individual e o objeto, entre o campo das ideias e das práticas, do simbólico e do real e é isso que caracteriza a complexidade de seu estudo.

Esse estudo intencionou, na medida do possível, um mergulho na arqueologia dos saberes sobre saneamento e saúde da Comunidade de Café Campestre. Ao desbravar esse caminho, procurou identificar as camadas histórica, cultural, social, política, econômica, ambiental e afetiva que possivelmente as delinearam, evidenciando a teia de significados incorporadas em cada representação. Entretanto, foi um estudo limitado, pelos impactos da pandemia, pela pouca intimidade da pesquisadora com o tema das representações sociais e pelo tempo restrito que não possibilitou um aprofundamento no arcabouço teórico e metodológico das representações sociais, nem permitiu uma maior imersão no território.

Pela restrição do tempo o levantamento dos dados concentrou-se na entrevista individual. Acredita-se que a escuta da coletividade através de grupos focais teria enriquecido sobremaneira os dados e a compreensão das crenças, conceitos, ideias, valores e percepções sobre saneamento e saúde que circulam na comunidade. Além disso, as fortes chuvas que caíram em todas as visitas à campo, reduziram o campo de observação.

Como tantas vezes pontuou-se, o fazer do saneamento é permeado por subjetividades e saberes, dessa forma, sugere-se o estudo das RS de outros atores implicados nas ações / intervenções de saneamento rural, como técnicos, gestores e/ou outros.

8 RECOMENDAÇÕES

A partir do estudo, recomenda-se:

Maior intersetorialidade no planejamento, execução e avaliação das ações de saneamento propostas pela Funasa.

Que seja celebrado um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) entre a Funasa e os municípios antes da execução das obras. O referido documento, deve especificar as responsabilidades da Funasa e do município para implantação e sustentabilidade do serviço ou ação.

No que se refere às ações estruturantes, cabe ao município formalizar uma equipe municipal a ser capacitada por técnicos da Funasa para execução e acompanhamento de ações de educação em saúde ambiental e controle da qualidade da água para consumo humano. Essa assessoria técnica da Funasa deve se estender por, pelo menos, um ano, pois é um período razoável, para o fortalecimento das ações a nível municipal.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. *Constituição*. Genebra: OMS; 1948.
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. 1978. [Acesso em 1 maio 2021]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
3. Organização das Nações Unidas. Rede Brasil. *Pacto Global*, 2015. Disponível em: <https://www.pactoglobal.org.br/ods>.
4. Brasil. *Lei nº. 11.445, de 05 de janeiro de 2007*. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. Brasília. (08 jan. 2007).
5. _____. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal; 2016. 496 p.
6. _____. Ministério das Cidades / Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. *Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab)*. Brasília, 2013. 173 p.
7. Mazzotti AJA. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*, 2008; 01 (01): 18-43.
8. Saquet MA, Sposito ES (Orgs.). *Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos*. São Paulo: Expressão Popular; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de saneamento*. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: Funasa; 2019.
10. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I / Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa; 2007*.
11. Fundação Nacional de Saúde. *Educação em Saúde Ambiental*. [Internet] Publicação: seg, 24 jul 2017. [Acesso em: 15 de abr. 2021]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/educacao-em-saude-ambiental>
12. La Taille YO, Khol M, Dantas PHDS. *Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus; 1992.
13. Fundação Nacional de Saúde. *Orientações metodológicas para Programa de Educação Ambiental em Saneamento para pequenos municípios: Caderno de orientações: Caderno 1*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana / Brasília: Funasa; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde. *Plano Nacional de Saneamento Rural*. Brasília; 2019
15. Tribunal de Contas da União (Brasil). *Relatório de Avaliação de Programa Ação Construção de Cisternas para Armazenamento de Água*. Brasília: TCU; 2006.

16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
17. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
18. Jodelet DA. Fecundidade múltipla da obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA (Org.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik / Co-edição: Centro Moscovici/ UnB; 2011.
19. Triani FS, Bizerra CC, Novikoff C. A influência da cultura sobre as representações sociais. *Revista Educação e Cultura Contemporânea*, 2017; 14 (36): 7-21.
20. Wachelk JFR, Camargo BV. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*. Porto Alegre, 2007; 41 (3): 379-390.
21. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9 (3): 300-308.
22. Mazotti, Alda Judith Alves. Abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*, São Paulo, 2002; 14/15: 17-32.
23. Tomé AM, Formiga NS. Abordagens teóricas e o uso da análise de conteúdo como instrumento metodológico em representações sociais. *Psicodebate*, 2020; 6 (2): 97-117.
24. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira AS, Oliveira DC (Eds.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Ed. AB; 1998.
25. Sá CP. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
26. Jovchelovitch S. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. *Psicologia & Sociedade*, 2004; 16 (2): 20-31.
27. Heller L. *Saneamento e Saúde*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 1997.
28. Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad Saúde Pública*, 2002; 18 (6): 1713-1724.
29. Fundação Nacional de Saúde. *Impactos na saúde e no sistema único de saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado*. Brasília: FUNASA; 2010.
30. Heller L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1998; 3 (2): 73-84.
31. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). *Manual de Saneamento*. Brasília: FUNASA; 1999.
32. Instituto Trata Brasil [internet]. *Relatório do Benefício do Saneamento no Brasil*, 2018. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio-Beneficios-do-saneamento-no-Brasil-04-12-2018.pdf>.

33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet]. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continuada de 2016*. PNAD Contínua, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>
34. Zombini EV. *Educação ambiental e saneamento básico para a promoção da saúde da criança*. [Tese]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública e Educação. Universidade de São Paulo; 2013.
35. Andreazzi MAR, Barcellos C, Hacon S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2007; 22 (3): 211-217.
36. Dias AP. *Tecnologias sociais em saneamento e educação para o enfrentamento da transmissão das parasitoses intestinais no assentamento 25 de maio, Ceará*. [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. Instituto Oswaldo Cruz; 2017.
37. Souza CMN, Freitas CM. O saneamento na ótica de profissionais de saneamento-saúde-ambiente: promoção da saúde ou prevenção de doenças? *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 2008; 13 (1): 46-53.
38. Souza CMN, Freitas CM. A produção científica sobre saneamento: uma análise na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de doenças [Internet]. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 2010; 15 (1): 65-74.
39. Czeresnia D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
40. Silva, PN, Cabral AR, Dias AP, Matida AH, Kligerman DC, Carneiro FF et al. *Saneamento e saúde: Saneamento: entre os direitos humanos, a justiça ambiental e a promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. 74 p. (Série Fiocruz Documentos Institucionais. Coleção saúde, ambiente e sustentabilidade, v.6).
41. Juliano EFGA *et.al*. Racionalidade e saberes para a universalização do saneamento em áreas de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17 (11): 3037-3046.
42. Villardi, JWR; Monken, M; Netto, GF e Oliveira, DC. Saúde, Ambiente, sustentabilidade e Territórios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Territórios Sustentáveis e Saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas marco teórico*. v. 1. Brasília: FUNASA; 2021. p. 39-58.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet]. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>
44. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Nota MDS: O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo de 2010*. Brasília: MDS; 2011. 7 p.
45. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.174, de 2 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre o Programa Nacional de Saneamento Rural e dá outras providências. Brasília, DF; 2019.

46. Instituto de Tecnologia Social. Secretaria para Inclusão Social. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Tecnologia Social no Brasil: direito à ciência e ciência para a cidadania*. São Paulo: ITS; 2004. (Caderno de Debate).
47. Costa AB (Org.). *Tecnologia Social e Políticas Públicas*. São Paulo: Instituto Pólis / Brasília: Fundação Banco do Brasil; 2013. 284 p.
48. Polli, GM & CAMARGO, BV. Meio ambiente e água sob a perspectiva da teoria das representações. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, 2013; 33 (2): 256-271.
49. Ribeiro LL. *Fatores que influenciam a sustentabilidade de sistemas de abastecimento de água em comunidades rurais no Mato Grosso Sul*. [Dissertação]. Campina Grande: Programa de Pós-Graduação em Eficiência Energética e Sustentabilidade. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2016
50. Organização das Nações Unidas (ONU). Assembleia Geral das Nações Unidas de 28 de julho de 2010 [internet]. *Resolução 64/A/RES/64/292, de 28.07.2010*. [Acesso em 1 de maio 2021]. Disponível em: https://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf
51. Santana VL, Arsky S, Sousa CC. Democratização do acesso à água e desenvolvimento local: a experiência do Programa Cisternas no semiárido brasileiro. In: *I Anais Circuito de Debates Acadêmicos: programa e resumos*. Brasília, DF; 2011.
52. Articulação Semiárido Brasileiro. [internet]. *Programa Um Milhão de Cisternas (PIMC)*. Asa Brasil; 2023. Disponível em: <https://www.asabrasil.org.br/acoes/p1mc>.
53. Pineda GYF. *Gestão comunitária para abastecimento de água em áreas rurais: uma análise comparativa de experiências no Brasil e na Nicarágua*. [Dissertação]. Belo Horizonte. Programa de Pós-Graduação em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos. Escola de Engenharia. Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9ADGPN>
54. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17 (3): 621-626.
55. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
56. Minayo MCS (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
57. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 1977.
58. Minayo MCS. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
59. Reis SLA, Bellini M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Teoria e Prática da Educação*, 2011; 12 (1): 133-144.

60. Bisol CA. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estud psicol.*, Campinas, 2012; 29 (suppl 1): 719-726.
61. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação N° 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XX. Do controle e da vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.* Brasília: MS; 2017.
62. Soares ACC. *Abastecimento e consumo de água por soluções individuais em Viçosa-MG: identificação de perigos e percepção da população consumidora.* [Dissertação]. Viçosa: Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária. Universidade Federal de Viçosa; 2010.
63. Rubinger SD. *Desvendando o conceito de saneamento no Brasil: uma análise da percepção da população e do discurso técnico contemporâneo.* [Dissertação]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos da Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
64. Melo HP. *Avaliação de efetividade do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) para a sustentabilidade das ações de saneamento financiadas pela Funasa, em Nerópolis-GO.* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro; 2005.
65. Campos PHF, Rouquette ML. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicol Reflex Crit.*, 2003; 16 (3): 435-445.
66. Grossi, FRS. *Saúde e doença: um estudo das Representações sociais de famílias rurais em um município de Mato Grosso do Sul.* [Dissertação]. Campo Grande: Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco; 2012.
67. Serpa AFWG. *Representação social de saúde e doença para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes.* 2007. 129 f. [Dissertação]. Campo Grande: Programa de Pós-graduação em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco; 2007. [Acesso em 10 jan. 2023]. Disponível em: http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=72.
68. Silva, A. *Representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academias de ginástica em Campo Grande, MS.* [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2009.
69. Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2017; 27 (1): 103-125.
70. Prosenewicz I, Lippi UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21 (1): 219-231.
71. Shimizu HE *et.al.* A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20 (9): 2899-2910.
72. Zalfa LMC, Espírito-Santo G, Assis MR. Representação social sobre saúde em uma escola no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 2020; 34 (4): 611-621.

73. Freitas ES. Representações sociais, meio ambiente e saúde: por uma educação ambiental de qualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2006; 4: 598-606.
74. Braga DL. *et.al.* Salubridade Ambiental: conceituação e aplicabilidade. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 2022; 27 (3): 457-464.
75. Souza CMN. Participação dos cidadãos e saneamento básico: panorama da legislação nacional [Internet]. *Rev Inst Estud Bras.*, 2016; 63: 141-158.
76. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública*, 1998; 14 (suppl 2): S07-S18.
77. Nepomuceno LB, Brito AV, Góis CWL. Dialogando com Lideranças Comunitárias sobre participação: um estudo sócio-psicológico. *SANARE*, Sobral, 2009; 8 (1): 74-85.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para a Melhoria da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
79. Martins PC *et.al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16 (3): 1933-1942.
80. Barrocas PRG, Moraes FFM, Sousa ACA. Saneamento é saúde? O saneamento no campo da saúde coletiva. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*, 2019; 26 (1): 33-51.
81. Souza CMN, Freitas CM. Discursos de usuários sobre uma intervenção em saneamento: uma análise na ótica da promoção da Saúde e da prevenção de doenças. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 2009; 14 (1): 59-68.
82. Souza CMN, Freitas CM, Moraes LRS. Discursos sobre a relação saneamento-saúde-ambiente na legislação: uma análise de conceitos e diretrizes. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 2007; 12 (4): 371-379.
83. Villas-Bôas, LPS. Uma abordagem da historicidade das representações sociais. *Cadernos de Pesquisa*, 2010; 40 (140): 379-405.
84. ABRASCO. Programa Nacional de Saneamento Rural: saneamento e saúde são indissociáveis [internet]. Associação Brasileira de saúde Coletiva, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-saneamento-e-saude-sao-indissociaveis/72168/>
85. Polli GM, Kuhnen A. Possibilidades de uso da teoria das representações sociais para os estudos pessoa-ambiente. *Estudos de Psicologia*, Natal, 2011; 16 (1): 57-64.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - Dados Gerais

1. Nome: Código ID:
2. Idade: Ocupação:
3. Escolaridade:
4. Quantas pessoas moram na sua casa?
5. De onde vem a renda da família?
6. Há quanto tempo mora na comunidade?

II - Dados sobre serviços, ações e práticas de saneamento

1. Na sua casa tem banheiro? () Sim () Não
2. Tem vaso sanitário? () Sim () Não
3. Se não, onde fazem suas necessidades?
4. Tem chuveiro? () Sim () Não
5. Se não onde tomam banho?
6. O que fazem com o lixo produzido no domicílio? () Enterram () Queimam () jogam no mato () acondiciona para coleta () Outro:
7. Você cria animais? () Soltos () presos
8. O que faz com os dejetos deles?
9. Hoje, quais as fontes de abastecimento de água que vc utiliza? E para que utiliza a água de cada uma delas?
10. Como armazena água na sua casa?
11. Realiza desinfecção domiciliar da água? () sim () não
12. () Com hipoclorito de sódio a 2,5% () Com fervura () Outros:
13. Possui filtro com vela? () sim Não ()
14. Utiliza coador na água? () sim Não ()
15. Já percebeu alguma alteração de cor, sabor, odor na água que consome? () sim () Não
16. Já recebeu alguma orientação de como fazer o tratamento da água que consome?
17. () sim () não Quais e de quem?

III - Percepções sobre a ação de abastecimento de água

1. Você está satisfeito com o sistema de abastecimento de água que a comunidade recebeu?
Por quê?
2. Como era o acesso a água antes dele?
3. Em que você acha que esse sistema de abastecimento de água vai melhorar a sua vida e a da comunidade?
4. Você ou a comunidade recebeu alguma orientação, informação durante a implantação do sistema de abastecimento de água?

IV - Representações Sociais sobre saneamento e saúde

1. Diga três palavras ou expressões que lhe vem à mente quando digo a palavra saneamento.
2. Diga três palavras ou expressões que lhe vem à mente quando digo a palavra saúde.
3. Para você o que é saneamento?
4. Para você o que é saúde?
5. As pessoas dizem que o saneamento é importante. Você concorda com essa afirmação? Por quê?
6. Você vê alguma relação entre saúde, ambiente e saneamento?
7. Do que você acha que a sua comunidade precisa para que as pessoas tenham saúde?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a **Participante**,

Você está sendo convidado a participar da coleta de dados para a Pesquisa **“Representações Sociais Sobre saneamento e saúde na Comunidade Rural de Café Campestre/CE”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Daniela Queiroz Carneiro, residente na Avenida Litorânea, 2040, Qd E3, Lote 5, Bairro Cararu, Eusébio, CE, CEP 61760905, telefone (85) 989013511, E-mail psidandi@yahoo.com.br e sob a orientação da Dra. Juliana Wotzasek Rulli Villardi Telefone: (21) 999182424, e-mail juliana.villard@fiocruz.br. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as percepções, ideias e conhecimentos que os moradores da comunidade de Café Campestre possuem sobre saneamento e saúde. Ao participar desta pesquisa o voluntário não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o que as pessoas da comunidade pensam sobre saneamento e saúde de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para que as ações de saneamento e saúde, na área rural, sejam mais eficazes e efetivas e para o fortalecimento das práticas de educação em saúde ambiental enquanto instrumento de promoção à saúde nos territórios.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir dela, de modo que não haverá qualquer risco a você.

A participação dos (as) voluntários (as) será por entrevista individual, na modalidade presencial. Considerando o contexto de pandemia, será desenvolvida sob rigorosa observância das medidas sanitárias necessárias ao cuidado com os envolvidos. Dessa forma, será garantida a disponibilidade de máscara e álcool 70% a todos durante a coleta de dados, bem como, será respeitado o distanciamento físico de no mínimo 1,5 m. Cada entrevista terá o tempo estimado de 60 minutos, podendo ser prorrogada por mais 20 minutos. A data e horário ficarão a cargo dos (as) entrevistados (as) de acordo com suas disponibilidades. Caso o tempo de entrevista não seja suficiente para atender à pesquisa, o (a) voluntário (a) poderá ser convidado (a) pela pesquisadora, para uma entrevista complementar.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde e a circular nº02/2021 emitida pelo CONEP, nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Será garantido o sigilo das informações e o anonimato dos participantes. Toda e qualquer informação obtida será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais, evitando assim qualquer risco de exposição ou conflito entre os participantes da pesquisa.

A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo das informações coletadas. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão

divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Todos os dados ficarão guardados em lugares aos quais somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso e serão mantidos em sigilo por ambas, por um período de cinco anos, conforme Resolução 510/2016 e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz Brasília. Após esse período, os arquivos digitais e documentos serão destruídos.

O participante deverá guardar em seus arquivos uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz Brasília, no endereço: Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, CEP: 70.904-130 - Brasília - DF. Telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638/ e-mail: cepbrasil@fiocruz.br. Site: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/cep/>.

Este termo é redigido em duas vias que deverão ser assinadas pelo pesquisador e participante, ficando uma via para o participante e outra para o pesquisador.

Agradecemos sua colaboração,

Forateleza, Ce, _____ de _____ de 2021.

Nome do Pesquisador:

Identidade (RG ou CPF):

Assinatura

Consentimento esclarecido

() Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação nesta pesquisa, assim concordo em participar desta pesquisa.

Nome:

Identidade (RG ou CPF):

Assinatura

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ

Eu, _____, na qualidade de participante/entrevistado (a) da pesquisa científica “Representações sociais Sobre Saneamento e Saúde na Comunidade Rural de Café Campestre/CE” que está sob responsabilidade da pesquisadora Daniela Queiroz Carneiro e orientação da Professora e Dra. Juliana Wotzasek Rulli Villardi, autorizo, livre e voluntariamente, a gravação da minha voz, durante a (s) entrevista (s) para coleta de dados. Conheço a pesquisa e concordo livremente em participar dela como voluntária.

Fui esclarecida de que as gravações ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e de que o material e as informações obtidas através da minha pessoa podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras, dissertações, teses e/ou periódicos científicos, sendo, em todos eles, assegurado o meu anonimato.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Fortaleza, CE, _____ de _____ de 2022

Assinatura participante/entrevistado (a)

Assinatura pesquisadora