

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NAS AÇÕES DE SAÚDE NUMA COMUNIDADE AMAZÔNICA DO BRASIL

Marta Campos Tauil¹ e Antonio Carlos de Azevedo²

A participação comunitária é discutida no contexto de um trabalho de medicina integral de oito anos numa comunidade Amazônica do Brasil. São expostas diversas técnicas utilizadas buscando o envolvimento da comunidade nos trabalhos, e apontadas algumas dificuldades encontradas e como foram contornadas.

Introdução

Um dos problemas mais graves que se antepõem à operacionalização dos serviços de saúde no Brasil, como em muitos outros países em desenvolvimento, é a existência de múltiplas agências, inclusive no setor público, cujas atividades se duplicam, chegando mesmo a competir entre si. A experiência de Porto Nacional, no Estado de Goiás, Brasil, busca a integração de recursos, agências e ações de saúde, a nível de campo, através da atuação de uma equipe multiprofissional.

O presente trabalho descreve a atuação, na cidade de Porto Nacional, de uma equipe multiprofissional constituída por seis médicos: um sanitarista, dois cirurgiões, dois internistas e um pediatra; duas assistentes sociais, uma enfermeira com curso de especialização em saúde pública e uma educadora. Essa equipe se estabeleceu na cidade em duas etapas, tendo os primeiros profissionais chegado em fevereiro de 1968. Toda a equipe trabalhava em regime de dedicação exclusiva. Durante os oito anos de trabalho houve modificações na composição da equipe, sem que isso, entretanto, alterasse significativamente suas diretrizes ou seu ritmo de trabalho.

Na constituição da equipe, uma preocupação fundamental no setor médico foi contar com os elementos essenciais para a operação de uma unidade integrada de saúde.

Entretanto, essa constituição foi determinada em grande parte pela disponibilidade de técnicos que se propuseram a trabalhar nas condições oferecidas pela região; lamentou-se, assim, a ausência, por exemplo, de nutricionistas.

Procurou-se, além disso, fugir à unilateralidade de ação técnica em relação à população local, estimulando sua participação em diferentes níveis e formas, no trabalho de melhoria das condições sanitárias.

A finalidade do projeto era o estabelecimento de uma medicina integral e integrada, envolvendo atuação multiprofissional e interiorização da medicina num contexto amazônico, com a máxima participação comunitária. Para tanto a equipe, contratada pelo Governo estadual, passou a operar a principal agência de saúde local—uma unidade sanitária com hospital de 50 leitos—conseguindo integrar-se de forma harmônica com as outras agências locais de saúde: a SUCAM, órgão federal de combate às grandes endemias (principalmente malária e leishmaniose cutânea, na região); a LBA (Legião Brasileira de Assistência), órgão federal de atenção materno-infantil, que terminou por integrar suas atividades inteiramente ao trabalho da unidade sanitária; os institutos federais e estaduais de previdência e assistência, que passaram a atuar através da unidade; a Universidade Federal do Estado, que passou a enviar estagiários de medicina para permanência discente, com ênfase nas atividades de saúde pública; o médico privado da cidade, que

¹ Assistente Social na Unidade Mista de Porto Nacional, Brasil.

² Ex médico na Unidade Mista de Porto Nacional, Brasil.



Centro de Educação e Recuperação Nutricional. Uma casa adaptada, a rede, o teto de palha na área de recreação: integração de elementos locais.

Cenas de mutirão de um dos bairros para confecção dos "adobos" (tijolos não cozidos, secos no sol) para construção do Centro Comunitário e de algumas casas.



Visita do auxiliar de saneamento acompanhado pelo estudante de medicina (estagiário sextoanista) da Universidade Federal de Goiás.

logo passou a atuar de forma coordenada com a Unidade, referindo-lhe doentes e participando das reuniões científicas da equipe; e agências fora do setor saúde, como a ACAR (agência de crédito e extensão rural), com a qual a equipe desenvolveu diversas atividades conjuntas, visando à atenção das comunidades rurais.

Tendo em vista a captação de recursos técnicos e financeiros inacessíveis a órgãos públicos, a equipe fundou uma entidade de promoção de saúde e educação—a COMSAUDE—que, atuando sem fins lucrativos, promoveu a instalação de um centro de educação e recuperação nutricional e um sistema de atendimento rural utilizando pessoal auxiliar (medicina simplificada) em integração com o Sindicato Rural e com a Prefeitura municipal, além de programas de combate às verminoses e de melhoria habitacional.

Área de trabalho

A Amazônia brasileira se caracteriza por um clima quente e úmido, alta dispersão populacional e grande dificuldade de comunicações, diminuída presentemente pelo vasto sistema rodoviário que está sendo implantado na região.

Porto Nacional, situada à margem direita do Rio Tocantins, afluente do Rio Amazonas, é um antigo centro regional do comércio de gado e abastecimento da região por via fluvial. Com a construção da rodovia Belém-Brasília (a 70 km da cidade, do outro lado do rio) deslocou-se o pólo de interesse econômico da região, mantendo a cidade, entre-tando, uma posição de importância, devido a recursos tais como escolas, aeroporto, agência bancária, repartições arrecadoras, forum e unidade mista, notadamente para as comunidades da margem direita do rio.

Ao se iniciar a atuação da equipe o município possuía 27.278 habitantes (IBGE, 1968), distribuídos em 13.682 km² (1,99 hab/km²); desses habitantes, 7.200 viviam na área urbana. Atualmente (1975) temos a estimativa de 12.000 habitantes na área urbana.

A economia da região baseava-se, como até hoje, na pecuária extensiva de baixo rendimento e na lavoura, notadamente de arroz. Assim, não tendo a vida econômica um dinamismo capaz de criar oportunidades de empregos adequadas ao crescimento populacional e com o setor industrial praticamente inexistente, a introdução crescente de recursos externos na comunidade, feita notadamente pelo setor público, é fato que, ao que tudo indica, vem impedindo a estagnação e mesmo o retrocesso do desenvolvimento urbano.

Esta imagem—a cidade antiga, que já teve uma fase de maior importância e desenvolvimento no passado—refletia-se de duas formas na atitude da população: conservadorismo e valorização da tradição, e descrença em relação às possibilidades de desenvolvimento futuro.

Havia comunicação rodoviária de cerca de 800 km com a capital do Estado (através da Rodovia Belém-Brasília), (à época, não asfaltada, e ainda telégrafos e correios. Não havia telefones.

Situação. Problemática de saúde

A problemática de saúde da região era caracterizada pela predominância de doenças de veiculação hídrica e alimentar, com mortalidade infantil de moderada a intensa (cerca de 70 por mil nascidos vivos em 1975), incluindo-se no quadro sanitário uma morbidade por malária relativamente alta (810 casos na unidade mista, por exemplo, em 1972), tuberculose, hanseníase, discreta incidência da doença de Chagas, leishmaniose tegumentar e infestação verminótica elevada. Um inquérito pondo-estatural patrocinado pela COMSAUDE em 1971 revelou como mencionaremos adiante, elevado grau de malnutrição protéico-calórica na zona urbana. Em toda a região, chamada Médio-Araguaia-Tocantins, havia apenas mais seis médicos exercendo a profissão. A existência na cidade de alguns recursos no setor saúde teve conseqüências importantes para o desenvolvimento do trabalho da equipe: ao iniciar-

se a abordagem da comunidade, para obtenção de sua participação, já estava a população familiarizada com os procedimentos usuais da intervenção técnica no campo da saúde, notadamente os relativos à ação preventiva. O serviço a que se ligou a equipe era já bastante conhecido e aceito, principalmente para o atendimento das camadas populacionais de baixa renda.

Fatores psicológicos e sócio-culturais

O quadro social da comunidade de Porto Nacional pode ser caracterizado como dominado por uma situação de gravitação da comunidade em torno de poucas famílias locais de latifundiários que se constituíram nas lideranças políticas desde a época do Império. O advento de novas famílias com recursos financeiros, principalmente provenientes dos Estados do Maranhão e do Piauí, veio a deslocar uma parte dessa liderança, constituindo-se um segundo partido político. Essa divisão entre “tradicionais” e “recém-chegados” mantém-se inalterada, apesar das modificações na vida política do país; os partidos assumiram denominações diferentes, mantendo-se entretanto a relação de clientela através dos tempos. Dentro desse quadro, a população, como ocorre em muitas comunidades do interior do país, demonstra uma participação bastante discreta com relação a qualquer novo movimento que se esboça na região, à exceção das festas religiosas tradicionais. Por ocasião da chegada da equipe, a comunidade já era trabalhada por um Clube de Mães da LBA que, a nível local, conduzido por uma das lideranças políticas, desempenhava um bom trabalho de motivação das mães para o trato dos problemas de saúde da família. Por outro lado havia o trabalho da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP, ligada ao Ministério da Saúde) que, operando a unidade sanitária local, antes da chegada da equipe, implantara serviço de visita domiciliar que motivava uma participação principalmente de mães no trabalho sanitário.

O trabalho. Desenvolvimento e comentários

Procuramos neste trabalho discutir as realizações e dificuldades encontradas em oito anos de atuação da equipe junto à comunidade. Dessa forma, o presente trabalho não se caracteriza como um experimento controlado referente a educação sanitária e participação de comunidades, constituindo antes uma breve análise dos componentes educativos e de participação comunitária, de um trabalho de atendimento integral à saúde, numa ambientação amazônica.

Programa de combate às verminoses

Podemos distinguir duas fases nessa atuação: uma inicial, em que se procurou envolver praticamente todos os setores da população; e posteriormente, um trabalho permanente nesse setor, realizado através do Serviço de Saneamento Básico, com participação fundamental dos beneficiários do programa.

Escolheu-se para abordagem da comunidade o problema das verminoses, cuja gravidade e evidência o torna bastante sentido pela população. Procurou-se não apenas uma maneira de estimular a participação comunitária, mas também uma forma de fazer com que a equipe conhecesse e fosse conhecida pela comunidade, a qual era recém-chegada. A cidade foi dividida em setores de trabalho, organizando-se grupos de pessoas que visitaram as casas tanto para verificar a extensão exata do problema do destino inadequado dos dejetos—principal causa da alta incidência de verminoses—como para divulgação e estímulo para que os moradores buscassem uma solução.

Foram realizadas reuniões gerais de líderes institucionais e naturais locais, mobilizando-se também as escolas de nível médio para espetáculos de teatro de fantoches, dramatizando o problema, e concursos de cartazes educativos alusivos ao assunto. O trabalho assumiu características de campanha, com

um impacto real sobre a comunidade, de cuja população foi mobilizada uma parcela considerável, pertencente à maioria dos estratos sociais existentes e com ampla conscientização em relação ao problema.

Os resultados tangíveis foram comparativamente bons: durante o período de realização da campanha, de maio a outubro de 1968, foram construídas 253 fossas sanitárias, quando anteriormente se registrava uma média mensal de cinco fossas construídas. Não havia recursos financeiros para auxiliar a população na construção das fossas, para a qual só se forneceu orientação técnica e estímulo, o que vem ressaltar os bons resultados obtidos, tendo-se em vista o número razoável de fossas construídas e as condições sócio-econômicas da população.

Para encontrar uma solução para esse óbice financeiro, organizou-se no bairro mais pobre um grupo de moradores que criaram um espécie de consórcio para compra cooperativa de lajes, considerado o componente de mais difícil aquisição pela população. Esse consórcio se baseava numa contribuição semanal de um cruzeiro³ por parte de cada um dos consorciados, havendo sorteio semanal de uma laje. Essa iniciativa funcionou durante seis meses, e algumas fossas foram construídas; entretanto, tornou-se difícil obter sua continuidade por muito tempo, dados os encargos administrativos que esse tipo de atuação gerava. Ressalta-se entretanto que o consórcio se constituiu numa atividade social relevante para o grupo que dele participava.

Posteriormente, obtiveram-se recursos externos à comunidade para financiar a laje para quem desejasse construir sua fossa. Representando de 5% a 13% do total do valor de benfeitoria, de acordo com a qualidade dos materiais empregados, a laje só era entregue quando a pessoa já havia feito a escavação necessária e possuía o material para completar a construção. O serviço de saneamento da unidade integrada de saúde vem funcionando permanentemente nesses

moldes desde fins de 1971, e em 1973 estendeu sua ação também à área rural.

Na área urbana o programa vem atingindo os bairros mais pobres da cidade, realizando-se a parte educativa, de orientação técnica e de motivação principalmente através de entrevistas individuais em visitas domiciliares. Utilizam-se também recursos audiovisuais para esclarecimento à comunidade.

Na área rural a motivação foi feita através de reuniões realizadas pelos auxiliares de saneamento, que também ensinavam aos moradores a construir lajes, com material fornecido e em regime de mutirão, a fim de evitar quebras no transporte.

Comissões municipais de saúde

Tendo em vista a enorme carência de recursos médico-sanitários na região, a equipe organizou um atendimento periódico a dois municípios que não contavam com médicos. Para garantir uma rentabilidade maior da visita mensal do médico, organizaram-se comissões de saúde para servir como grupos de apoio ao trabalho de saúde, triando os casos mais necessitados de assistência, divulgando as palestras que eram realizadas paralelamente ao atendimento, realizando inquéritos sobre as condições de saúde locais e garantindo a execução das medidas preventivas propostas por ocasião da visita.

Os recursos financeiros recebidos da parcela pagante da população constituíram um fundo para a comissão realizar seu trabalho. Embora o trabalho fosse interrompido num dos municípios por supressão da linha aérea que o servia (o acesso via terrestre era difícil, quase impossível na estação das chuvas) e em outro pela chegada de um médico, essa forma de trabalho integrada entre técnicos e comunidade mostrou-se altamente produtiva.

Também na cidade de Porto Nacional foi organizada uma comissão de saúde, com características diversas das acima citadas. Atuando como grupo voluntário de trabalho, em estreita ligação com os órgãos de saúde locais, essa comissão funcionara junto à

³ Cerca de EU\$0,20 à época.

administração municipal, como elemento auxiliar no levantamento de problemas e sugestões para os níveis de atuação de competência daquela. Funcionara também como elemento de dinamização das atividades do serviço de saúde, devido a sua aproximação maior da população.

A comissão foi formada a partir de um problema sentido pela comunidade: a escassez de leitos hospitalares em relação à demanda existente. O fato de contar a unidade integrada com o único hospital assistencial do norte do Estado, num raio de 700 km fazia com que permanesse na cidade grande número de pessoas de fora, em situação de mendicância ou dependência da hospedagem de famílias locais. Inicialmente compôs-se a comissão de 19 pessoas, entre elas líderes institucionais, donas de casa, representantes dos serviços de saúde e outros.

Mobilizando-se inicialmente para solucionar aquele problema e realizando campanhas para angariar fundos destinados à construção de um alojamento para convalescentes, a comissão gradativamente passou a atuar em relação a outros problemas de saúde: serviço de coleta de lixo e rede de água, ambos inexistentes na cidade; construção de casas dentro de padrões sanitários razoáveis; assistência odontológica; eliminação de ratos e controle da criação de porcos; educação sanitária, condições de venda de gêneros alimentícios, etc.

Entre os resultados tangíveis obtidos direta ou indiretamente através da ação da Comissão contam-se a reforma do mercado e sua fiscalização de rotina, a promulgação de decreto municipal exigindo exames médicos periódicos para vendedores de produtos alimentícios e a organização da coleta de lixo pela administração municipal.

A comissão de saúde promoveu a criação de um movimento comunitário global, cuja atuação passou a sentir-se em outros setores da vida municipal, como o ensino e a agropecuária. Além disso, entre os membros da comissão e os elementos mais diretamente ligados a ela, virificou-se aumento intenso da

responsabilidade social em relação não só a saúde, como a outros setores, o desenvolvimento de liderança dentro e fora do grupo, e maior facilidade da compreensão da problemática de saúde e das medidas sanitárias cabíveis em cada caso.

Os principais obstáculos a uma ação mais ampla da Comissão foram a dificuldade de concretizar-se a primeira meta visada, que exigia recursos materiais acima do avaliado inicialmente, as dificuldades de interpretação de seus objetivos e padrões de ação junto a alguns setores da comunidade e a impossibilidade de se substituir certos líderes que deixaram a cidade.

Embora a comissão de saúde não tenha concretizado sua meta inicial—construção de uma Casa do Convalescente—essa necessidade tornou-se patente para a comunidade. Assim, em 1974, o trabalho foi retomado por uma sociedade religiosa beneficente, que vem fazendo funcionar um abrigo com o mesmo fim desde o início de 1975.

Inqueritos médico-sanitários

Os levantamentos para conhecimento da situação médico-sanitária, inclusive um especificamente destinado às condições de nutrições infantil, foram realizados com a participação da população como responsável pela coleta de dados no campo. Nos inquéritos realizados em 1968, 1970 e 1971 tiveram as alunas do curso normal atuaram como entrevistadoras das famílias, após treinamento. Tais inquéritos representaram uma forma tanto de aproveitamento de recursos voluntários como de conscientização da comunidade em relação à problemática de saúde, que foi então possível verificar e analisar.

Centro de Educação e Recuperação Nutricional

Neste serviço (em funcionamento desde fevereiro de 1972), cujo objetivo é principalmente educativo no campo de desnutrição, a

participação das mães das crianças desnutridas é imprescindível.

Durante o período em que a criança frequenta o centro, diariamente, em regime de semi-internato, recebendo alimentação equilibrada, estimulação e medicação adequada, a mãe ajuda uma vez por semana nos serviços da casa. Ao mesmo tempo que se familiariza com as práticas de higiene e nutrição infantil adotadas no centro, as mães auxiliam no preparo das refeições, na limpeza das instalações e no cuidado das crianças. Comparecem também às reuniões educativas quinzenais. Dentro da filosofia do trabalho, e para garantir a continuidade da recuperação nutricional, após a saída do centro, a criança só é mantida no programa quando a mãe participa ativamente do trabalho ali desenvolvido. O funcionamento do centro, desde início de 1972, vem propiciando a colaboração da comunidade de nível socio-econômico mais alto, que através de contribuições mensais voluntárias, proporciona a quantia necessária ao pagamento do pessoal, que representa aproximadamente 25% de sua despesa total.

Programa de melhoria habitacional

As condições habitacionais, notadamente nos bairros periféricos, são muito desfavoráveis a qualquer trabalho de educação sanitária, tornando difícil introduzir hábitos de higiene. Por outro lado, constituem preocupação fundamental da população, por não oferecerem abrigo adequado, sobretudo na estação das chuvas. Tendo em vista essas condições e a existência, mesmo entre a população pobre, de proprietários de terrenos em que haviam construído suas precárias habitações, vem-se desenvolvendo desde 1973 um programa de melhoria habitacional, que consiste fundamentalmente no fornecimento de materiais de construção que são usados por grupos bastantes coesos de moradores, que realizam, em sistema de rodízio, em mutirão, as melhorias nas habitações de todos os seus membros. Os grupos escolhidos inicialmente, observando critérios de proprie-

dade do terreno, necessidade de auxílio e disponibilidade de mão-de-obra própria, se reúnem semanalmente para avaliar e planejar o trabalho dos fins de semana. Nessa ocasião é escolhida a próxima melhoria a ser feita de acordo com critérios que procuramos discutir com o grupo, principalmente urgência da melhoria e tipo de participação que cada um vem tendo no trabalho coletivo.

Organizaram-se também mutirões para obtenção de materiais como madeira e areia, nas proximidades da cidade, com vistas para a utilização de material local e barateamento dos custos. A Diocese e a Prefeitura municipal colaboraram esporadicamente, cedendo caminhões para transporte do material.

Apesar do ritmo lento da construção, pois os grupos só podem trabalhar nas construções nos sábados, a participação tem sido constante e eficiente, não havendo mesmo, como seria de temer, casos de desistência de algum elemento cuja necessidade já houvesse sido satisfeita.

Os auxiliares de saneamento (não há engenheiro na cidade) colaboram na elaboração das plantas e na marcação do local das casas, objetivando conseguir melhores condições de arejamento e orientação em relação ao sol, e especialmente dar localização adequada à fossa e ao poço, aspectos importantes e, em geral deficientes, de acordo com o padrão tradicional de construção.

Além dessas atividades, a equipe multiprofissional, pode participar em diversas atividades de ensino a nível do colégio e da escola normal locais. Esse tipo de atuação permitiu realizar um curso de educação sexual para todas as séries a partir da quarta série do primeiro ciclo, visando a minorar o problema do despreparo para o casamento. O programa de educação sexual foi motivado pela observação de elevado número de casamentos precoces e mal sucedidos, bem como de problemas de ajustamento no lar. Essa realidade foi constatada tanto à observação direta como por informação por parte das lideranças religiosas locais. O curso teve bastante aceitação por parte dos alunos. Observou-se,

entretanto certa reação negativa por parte de alguns setores da comunidade, através de queixas dos pais diretamente à administração do colégio e através de artigos no jornal local. Dessa forma, particularmente discreta, setores mais tradicionais da comunidade manifestaram seu descontentamento pelo choque que as atividades de educação sexual trouxeram aos padrões locais de comportamento. A reação negativa, manifestada indireta ou diretamente à administração do colégio, foi um fator importante para a análise pela equipe dos problemas de comunicação existentes entre ela, originária de zona altamente urbanizada onde esse tipo de debate já se havia vulgarizado, e a orientação mais tradicional no aspecto em questão por parte da população local. A limitação do programa de educação sexual aos cursos de noivos trouxe pronto alívio às tensões criadas.

Conclusões

A experiência de Porto Nacional permite, no entender dos autores, avaliar a eficácia de certos procedimentos técnicos relativos à estimulação da participação comunitária no setor saúde, bem como observar a influência dos fatores condicionantes do trabalho realizado e, assim, propor algumas generalizações válidas para as ações de saúde em regiões rurais brasileiras ou em centros urbanos de pequeno porte:

1) A participação comunitária não deve ser visada apenas como meio de se obter a realização de atividades e projetos. No caso relatado, foi dada ênfase à capacitação da população para identificar problemas e solucioná-los, privilegiando-se o "processo" de trabalho em relação ao "produto", ao nível de cada atividade ou projeto.

2) Nesse "processo" de trabalho procurou-se obter a compreensão mais global possível da problemática de saúde, por parte da população, dando-lhe liberdade na escolha de alternativas, e não apenas identificando-a com mão-de-obra gratuita e fonte de recursos materiais.

3) Assim, embora seja inevitável (supondo-se que a comunidade necessita de fontes externas de recursos materiais) que algumas linhas gerais dos programas a serem desenvolvidos sejam pre-determinadas, a flexibilidade na ação deve-se evidenciar não só ao nível das técnicas e instrumentos de trabalho (campanhas, comissões, mutirões, etc.), mas também quanto a objetivos gerais e planejamento global. No caso das habitações, e posteriormente, na construção de um Centro Comunitário, procurou-se realizar isso, entre outras formas, através da discussão das plantas desenhadas pelos próprios participantes. Na comissão de saúde local, a discussão da problemática de saúde da comunidade levou à elaboração e entrega ao Prefeito de um documento contendo estudos e sugestões.

4) Tal procedimento se fundamentou na aceitação, pela equipe, da viabilidade de obtenção da participação consciente e responsável da comunidade.

5) Decorre também da vivência o fato de que não só a solução, mas igualmente a compreensão dos problemas de saúde da comunidade exigem a contribuição desta. Evitou-se atuar com base na suposição de que as normas em geral aceitas tecnicamente como mais adequadas à promoção da saúde podem ser simplesmente transferidas à comunidade pela equipe.

6) Nesse sentido, é necessário reconhecer, no presente trabalho, que fatores como a centralização do poder decisório e as exigências de cumprimento de metas pré-determinadas pelos organismos financiadores tendem a limitar a amplitude da participação comunitária notadamente ao nível de planejamento.

7) Outro aspecto a ser notado é que o grau de participação comunitária é sempre afetado pela maneira como os diferentes estratos sociais reagem à realização dos projetos e atividades, desde que uma comunidade geográfica não pode ser considerada como um todo homogêneo do ponto de vista sócio-econômico.

8) O trabalho põe também em evidência as

dificuldades de comunicação que se colocam para uma equipe técnica em atividades de participação comunitária, uma vez que, a pesar de sua convicção quanto à validade da participação consciente, tal equipe é geralmente estranha à comunidade. Isso ficou bem claro no episódio relativo aos cursos de educação sexual e na dificuldade de compreensão da função colaboradora, e não opositora, da comissão de saúde, por parte do poder público municipal.

9) Sem prejuízo do que foi acentuado nas cinco primeiras conclusões, é possível afirmar que a participação comunitária não só constitui em projetos de saúde desse tipo, um instrumento de melhoria da compreensão mútua entre a população local e a equipe técnica, ajudando a integração desta, como também representa uma alternativa para a obtenção de recursos, de outra forma inacessíveis, para a realização de determinadas atividades e projetos.

10) Outro fato importante que pôde ser observado na experiência foi o impacto bastante negativo sobre a divulgação e crescimento do movimento do fato de não ter sido possível à comissão de saúde local concretizar a meta inicialmente visada. Deve-se fazer o possível para que isso não ocorra, pois as realizações tangíveis estimulam e reforçam a confiança na validade do esforço cooperativo.

11) Quanto à comissão de saúde da cidade de Porto Nacional, é importante observar que foi formada como órgão de caráter particular, cuja ligação com o serviço de saúde se faz através da participação técnica deste último, sem qualquer relação de subordinação entre ambos. Sendo integrada por elementos escolhidos pela sua liderança natural na comunidade (em alguns casos, aliada à liderança institucional), teve como vantagens maiores o dinamismo e a criatividade, inclusive atuando como instrumento de aperfeiçoamento das próprias atividades do serviço de saúde. A aproximação maior da população, ensejada pelo processo, ressalta as carências a suprir e aponta formas práticas de melhoria.

12) Tendo em vista a importância da ati-

tude dos técnicos em relação à comunidade para um trabalho dessa natureza, é necessário que os líderes do serviço de saúde (especialmente o diretor e as chefias de enfermagem e serviço social), bem como pessoal de contato direto com a comunidade, estejam afastados das atividades de política partidária, para, de um lado, diante da comunidade, desvincular as ações de saúde daquelas com objetivos político-partidários e, de outro, ganhar confiança das várias lideranças locais para um trabalho independente e abrangente de promoção da saúde.

13) Não bastante o comentado, é necessária uma participação das lideranças formais, ou pelo menos um diálogo franco e hábil com elas, no sentido de que estas, não se sentindo desafiadas, possam prestar seu apoio e participação.

14) Para o envolvimento intenso e produtivo da comunidade, há necessidade de um serviço de saúde firmemente estabelecido, tecnicamente idôneo e que desfrute, por isso, de prestígio duradouro diante da comunidade, permitindo-lhe orientá-la tecnicamente em suas aspirações com relação à saúde e a apoiá-la em suas realizações.

15) É necessário que pelo menos os líderes do serviço de saúde trabalhem em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, tendo em vista sua disponibilidade para o trabalho comunitário.

16) A experiência de oito anos de trabalho dentro dessa realidade, a ativa participação da comunidade, quer através de lideranças, quer através da reação da comunidade em geral às ações de saúde, bem como a pequena proporção de problemas encontrados, levaram os autores a concluir que o estímulo à participação comunitária pode ser bem sucedido em localidades com características semelhantes às de Porto Nacional e assim levar a população a modificar gradativamente sua atitude de expectativa e passividade diante dos serviços governamentais e de suas condições de vida em geral.

17) Pode-se concluir também, através da análise deste trabalho, que a maior ampli-

tude e profundidade das atividades que estimulam a participação comunitária está na dependência da disponibilidade e aperfeiçoamento das equipes técnicas na convivência com a população da comunidade.

18) Além disto, está condicionada a uma destinação mais ampla de recursos financeiros e a uma flexibilidade maior na aplicação destes por parte dos organismos financiadores. A época de liberação dos recursos e as formas de sua aplicação devem supor a participação gradativa e criativa da comunidade, pois um programa rigidamente estabelecido quanto ao destino de recursos financeiros dificulta, na prática, a participação consciente da comunidade.

Resumo

Os autores descrevem uma experiência de atendimento integral de saúde numa comunidade do interior da Amazônia brasileira. Destacam em linhas gerais as características sócio-culturais e nosológicas da

região e os componentes do trabalho sanitário relacionados à participação comunitária, envolvendo o relacionamento entre o serviço de saúde e sua clientela. A partir do problema da verminose, buscou-se por diversas técnicas motivar a comunidade. Foram organizadas comissões de saúde na localidade trabalhada e em algumas comunidades vizinhas, objetivando o equacionamento dos problemas de saúde encontrados. Também realizaram-se inquéritos sanitários com a participação da comunidade. Opera-se um centro de recuperação nutricional com intensa participação da população na operação e financiamento. É desenvolvido um trabalho de melhorias domiciliares, contando com a participação da comunidade. Os autores mostram o conflito com os padrões culturais da comunidade, evidenciado durante a realização de cursos de educação sexual, e como foi solucionada essa dificuldade.

O artigo termina buscando algumas generalizações que possam ser úteis à operação de trabalhos semelhantes. □

BIBLIOGRAFIA

- Ammann, Safira Bezerra. *Participação Social*. Ed. Cortez e Moraes, São Paulo, 1977.
- Ander Egg, E. *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. Ed. Humanistas, Buenos Aires, 1965.
- Ander Egg, E. *El Servicio Social como Acción Transformadora*. Cuadernos del Trabajo Social 9, Eco Silbreria, Buenos Aires, 1976.
- Azevedo, A. C. et al. Integração dos serviços de saúde a nível periférico: Experiência em comunidade da Amazônia, *Brasil*. Em: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 7, 1973.
- Azevedo, A. C. et al. Hospital como instrumento de medicina integral. Em: *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, 8, agosto de 1974.
- Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de S. Social (CBCISS) *Desenvolvimento e Participação no Brasil*. Doc. No. 80, Ano VII, 1974.
- Cornely, Seno. *Serviço Social—Planejamento e Participação Comunitária*. Ed. Cortez e Moraes, São Paulo, 1976.
- Herrera, Jorge A. Carbajal. *La Planificación Participante en el Desarrollo*. Lima, 1975. Mimeogr.
- Dirección General de Promoción Comunal del Ministerio de Vivienda.
- Medina, C. A. de. Comunidade e classe social Em: *Boletim Técnico* No. 11, FSESP, novembro de 1962.
- Ministério do Interior—Secretaria Geral. *Coordenação Nacional do Programa de Desenvolvimento Comunitário Plano Preliminar*. Brasília, D.F., 1972.
- Porzecanski, Terza. *Desarrollo de Comunidad y Subcultura de Clase*. Ed. Humanistas, Buenos Aires.
- Unidade Mista Porto Nacional *Organização de Saúde do Estado de Goiás*. Relatórios Anuais referentes aos anos de 1969 a 1974.
- Urtría, Ruben Dário. *Desarrollo Nacional, Participación Popular y Desarrollo de la Comunidad en la América Latina*. CREPAL, México, 1969.
- Van Stralen, Cornelis Joahannes. Notas a respeito de participação comunitária em programas de saúde. Em: *Revista da III Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária*. Curitiba, abril de 1976.

Participación de la comunidad en las acciones de salud de una comunidad amazónica de Brasil (Resumen)

Los autores describen una experiencia de atención integral de la salud en una comunidad del interior de la Amazonia brasileña. En líneas generales, subrayan las características socioculturales y nosológicas de la región y los aspectos del trabajo de salud relacionados con la participación de la comunidad, incluyendo la relación entre los servicios de salud y los usuarios. Como consecuencia del problema de la helmintiasis, se trató por diversos procedimientos de motivar a la comunidad. Se organizaron comisiones de salud en la localidad correspondiente y en algunas comunidades vecinas, objetivando o cuantificando los problemas de

salud encontrados. También se realizaron investigaciones en salud con la participación de la comunidad. Esta intervino también activamente en el funcionamiento y financiamiento de un centro de recuperación nutricional, como asimismo en el mejoramiento de la vivienda. Los autores se refieren al conflicto con los patrones culturales de la comunidad, según se evidenciaron durante los cursos de educación sexual, e indican como se resolvió esa dificultad.

Finalmente, en el artículo se formulan algunas generalizaciones que pueden ser útiles en la realización de trabajos análogos.

Community participation in health activities in an Amazonian community in Brazil (Summary)

The authors describe an integral health care experiment in an Amazonian community in Brazil. They broadly outline the social, cultural, and nosological characteristics of the Region and the health work operations concerned with community participation, including the relationship between the health service and those it serves. Several approaches were tried to motivate the community, using the problem of verminosis as a springboard. Health committees were organized in the locality and in some neighboring communities to evaluate the health problems. Health surveys were also car-

ried out with the participation of the community. There is a nutritional recovery center whose operation is largely the result of the community's work and financial support. Home improvement work is carried out with community participation. The authors depict the conflict with the cultural patterns of the community as brought out during sex education courses as well as how this difficulty was resolved.

The article concludes with an endeavor to present some generalizations that may be useful in other operations of this kind.

Participation communautaire à des travaux de santé dans une communauté amazonienne du Brésil (Résumé)

Les auteurs décrivent une expérience qui a porté sur un ensemble complet de soins de santé dans une communauté amazonienne du Brésil. Ils décrivent brièvement les caractéristiques sociales, culturelles et nosologiques de la région et les travaux de santé auxquels ont participé les membres de la communauté, ainsi que les relations entre les services de santé et leur clientèle. A partir du problème posé par la verminose, plusieurs techniques ont été étudiées pour mobiliser la communauté. Des comités de santé ont été organisés par la localité et dans certaines communautés voisines pour évaluer les problèmes de santé. Des enquêtes sanitaires ont été également effectuées avec la

participation de la communauté. Il existe un centre de traitement de la malnutrition au fonctionnement duquel la communauté contribue fortement par son travail et ses dons en espèces. Le travail d'amélioration des logements est effectué avec la participation de la communauté. Les auteurs décrivent les conflits culturels rencontrés au sein de la communauté, notamment à l'occasion des cours d'éducation sexuelle, et ils montrent comment ces obstacles ont été surmontés.

Cet article se termine par la recherche de quelques données générales susceptibles de se révéler utiles dans d'autres expériences du même genre.