

Comunidade na saúde

JOSICELLI FREITAS

1980
Fala-se muito da participação da comunidade nas ações de saúde. Em verdade a recomendação é feita quase sempre sem explicitar o que se deve entender por participação comunitária. As discussões sobre o tema e sobretudo a prática tem mostrado que não existe ainda consenso sobre o juízo respeito do assunto. Recentemente a participação das comunidades nos programas de saúde vem sendo adjetivada, isto é, o concurso da coletividade deve compreender o poder de participar no processo decisório.

As experiências de medicina de comunidade levadas a efeito no Nordeste de Amaralina, Salvador, Montes Claros e Patos, em Minas Gerais, Caruaru, Pernambuco o modelo eleito é o chamado por Ruschel de atitude profissional tecnocrática. É escolhida uma área piloto, construída uma unidade, via de regra, de estrutura física acima dos padrões da comunidade, com recursos humanos de bom nível, atraídos pelos salários e aspiração de vivenciar modelos inovadores de prestação de serviços médicos. Instituições estrangeiras curriam recursos financeiros por tempo determinado, obrigando-se o órgão conveniente a continuar a experiência vencido o prazo do financiamento.

O funcionamento se baseia na atitude tecnocrática de controle das doenças evitáveis ou recuperação dos doentes. Pela ausência de participação comunitária o serviço não se integra totalmente na comunidade. É procurado, amplia a cobertura, a comunidade chega a interessar-se pelas ações, mas a unidade pela deficiência dos técnicos em trabalho comunitário não consegue a participação ativa da coletividade.

O resultado do modelo exemplificado não tem sido satisfatório. Expirado o convênio, a unidade perde o status e é mais um serviço de saúde com as deficiências conhecidas. Os técnicos de melhor padrão buscam outras colocações e como registro do tempo áureo ficam os trabalhos científicos ou as teses elaboradas na vigência da experiência.

Lamentavelmente falta ao modelo o conhecimento de medicina de comunidade, que exige saber, mesmo não aprofundado, das ciências sociais e econômicas.

Com efeito, estudos realizados em determinadas coletividades, no Brasil, mostram que a saúde não se insere como necessidade sentida em caráter prioritário. Alimentação, transporte, policiamento, limpeza pública, abastecimento de água pelo chafariz constituem quase sempre as prioridades da população de baixa renda, ficando o atendimento médico até no oitavo lugar, como o observado numa vila do Rio Grande do Sul.

Em São Paulo, numa área distante do centro da capital, cerca de 30 quilômetros, vem sendo tentada no "Conglomerado de São Mateus", com população estimada em 340 mil habitantes, a experiência de outro modelo.

Na região a Igreja, através da progra-

mação de organização de base da comunidade, vinha operando há algum tempo. A comunidade vem estruturando uma organização apoiada nas aspirações e interesses dos habitantes. A saúde foi incluída como uma das aspirações. Foi reivindicado do Estado, a melhoria do atendimento médico e outras medidas de sentido preventivo. Foi criado um grupo de trabalho constituído de técnicos e representantes da comunidade para elaboração da programação. O projeto já está concluído. Resta, ao cabo de algum tempo de experiência, realizar uma avaliação. Acredito que isso é o que constituiu participação ativa da comunidade. A rede de serviços não é uma dívida do Estado. Mas uma aspiração sentida e conseguida com o empenho e a pressão dos usuários.

Na experiência de Montes Claros, a estrutura piramidal foi desmontada e bons resultados foram obtidos na área técnica-administrativa. Todavia esta democratização — acho — não se estendeu à clientela. E, possivelmente por esta razão, as metas não foram conseguidas.

A participação comunitária na elaboração do planejamento local, incluindo a execução e a avaliação, é hoje prática amplamente aceita. Na praxis esbarra, porém, com a falta de formação de pessoal com conhecimento e prática de trabalho comunitário. É necessário que se considere e respeite o saber popular que tem o respaldo da experiência empírica de várias gerações. Cabe aos técnicos estabelecer contínuo diálogo com os membros da comunidade no sentido de entender as opiniões, os preconceitos e as atitudes.

No particular da saúde mental, por exemplo, é fundamental este diálogo, contínuo, censitivo às vezes, no sentido de conseguir uma mudança de atitude em relação ao doente. O louco é rejeitado e a família concorre para o seu enterro, ainda que vivo e com partes sadias, nos asilos. O alcoolista é rotulado de viciado, de fraco de caráter e igualmente rejeitado. É necessário levar a comunidade a compreender que são pessoas humanas que encontraram meios equivocados para solucionar conflitos gerados pela família que constitui a agência da sociedade que interpreta, ao seu modo, os tabus, os preconceitos e as repressões da mesma sociedade.

A formação de grupos de discussão talvez seja o melhor recurso para proporcionar este encontro entre o técnico, cujo saber se fez ao longo de demorada graduação, e a comunidade que detém o saber informal, resultado de vivências empíricas, transmitidas de geração a geração. Diz Likert que para que se consiga atitudes cooperativas e produtivas é necessário a participação e o compromisso nas decisões. Na realidade só na medida que o homem participa ativamente, comprometendo-se com as decisões, qualquer atividade pode ser conduzida num clima de produtividade e de responsabilidade.