

Saúde e comunidade — a expressão dos conceitos na prática de dois programas de saúde

FRANCISCO DE ASSIS MACHADO*

1. Introdução; 2. Características gerais das regiões em que foram executados os projetos; 3. A experiência.

1. Introdução

Pretendemos dar nossa contribuição aos debates por meio do relato de alguns momentos da experiência de sete anos vividos à frente de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde que, explicitamente, tinham, em seus propósitos, a promoção da participação comunitária.

Ao nos convidar para o tema Saúde e comunidade, a coordenação do encontro teve, certamente, como objetivo, oferecer aos participantes a visão que uma pessoa da prática tem do assunto. E nós pensamos então que este objetivo seria melhor cumprido se, ao invés de uma formulação teórica, mostrássemos como os conceitos se construíram e se expressaram na prática de dois projetos: o do vale do Jequitinhonha, onde trabalhamos de 1971 a 1974, e o do norte de Minas, onde estivemos de 1975 a 1977.

A visão, em cortes, de um processo evolutivo, apresenta sempre muitas distorções e no caso será preciso ter em conta também o fato de que a pessoa que faz os cortes sempre esteve mergulhada no processo sem ne-

* Coordenador do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Ministério da Saúde — PIASS/MS.

nhuma preocupação em manter o distanciamento crítico que tantos julgam necessário e possível.

É preciso, portanto, fazer algumas ressalvas, para evitar que fiquem certas impressões que não são verdadeiras, pelo menos na nossa intenção.

A primeira ressalva é que esses cortes foram feitos por uma pessoa envolvida nesse processo e certamente esta descrição não é tão imparcial quanto poderia ser, mas procuraremos fazê-la com a honestidade possível.

A segunda é que nossa apresentação, feita com o máximo de franqueza para que não se perca nenhum dos elementos importantes dos entrechoques que se verificam num processo desses, não deve deixar a impressão de que temos uma visão maniqueísta, em que o nível central (secretaria de saúde) represente o mal, e o nível regional, ao qual pertencemos, represente o bem. Em todos os níveis reconhecemos muitas contradições e particularmente pessoas que são favoráveis ou desfavoráveis ao processo.

A terceira ressalva é que a evolução que vamos apresentar não foi espontânea; havia, na equipe, pessoas que tinham posições bastante definidas em termos políticos. Isto, porém, não quer dizer que tenha havido previamente um modelo desenhado ao qual se queria chegar.

Os aspectos selecionados serão caracterizados por atividades e relações julgadas as mais expressivas: o treinamento de pessoal, a supervisão, a ampliação da rede física, as relações internas da equipe, as relações externas e as relações com a comunidade.

2. Características gerais das regiões em que foram executados os projetos

Parece-nos indispensável dar um mínimo de informações sobre o contexto em que se passou a experiência.

O vale do Jequitinhonha apresenta-se como uma faixa no sentido centro—nordeste do estado de Minas Gerais, compreendendo uma área de mais ou menos 70 mil km², onde habitam umas 700 mil pessoas. Esta faixa para caracterização socioeconômica pode ser dividida em duas microrregiões. O alto Jequitinhonha, com poucos recursos naturais, onde predominam as chapadas com vegetação do tipo cerrado e que foi ocupada, em 1972, em pequenas manchas, por posseiros. As principais atividades econômicas eram: agricultura de subsistência, pecuária pouco significativa e extração de pedras preciosas. Em 1974 (dois anos depois de iniciado o programa) o alto Jequitinhonha passou a receber grandes empresas com projetos de reflorestamento e exploração agropecuária e surgiu o bóia-fria. O médio Jequitinhonha, com o solo muito fértil e clima adequado à pecuária (segundo os entendidos, conta com o maior e melhor rebanho bovino de corte do Brasil), ocupado totalmente pelos grandes latifundiários.

O norte de Minas constitui uma área de mais ou menos 120 mil km² e tem uma população de 1.200 mil pessoas. Historicamente é estreitamente ligado ao vale do Jequitinhonha, tendo sido ocupado no ciclo da mineração

como rota obrigatória do transporte de pedras preciosas extraídas no alto Jequitinhonha. As condições de solo e clima se assemelham a uma transição entre médio e alto Jequitinhonha, talvez com maior aridez de clima.

3. A experiência

O programa do vale do Jequitinhonha compreendia um projeto de expansão de serviços e projetos de controle de algumas doenças (controle da doença de Chagas, controle de tuberculose, controle da lepra e controle de doenças imunizáveis). O programa do norte de Minas tinha por objetivo a organização de um sistema regional de saúde.

Tentaremos caracterizar cinco momentos da experiência.

Primeiro momento (início)

Treinamento de pessoal. A estrutura do curso e a metodologia utilizada são as tradicionais. A uma unidade teórica sucede-se uma unidade prática.

A teoria é dada através de aulas expositivas apoiadas por textos preparados na Escola de Saúde Pública de Minas. Os estágios são realizados em ambulatórios considerados padrões. O conteúdo constitui-se de procedimentos necessários à execução de tarefas que serão executadas no desenvolvimento de programas verticais. Há a preocupação de formar auxiliares de saúde especializados: auxiliar de saneamento, atendente, auxiliar de laboratório, etc.

a) Supervisão. É organizada de modo a atender primordialmente ao desenvolvimento de programas verticais. O supervisor é um especialista que orienta e cobra tarefas de alguém nas unidades de serviços e presta contas ao coordenador do programa do nível central. Mantêm-se as relações verticais reforçando a centralização das decisões.

b) Ampliação da rede física. As construções são feitas por firmas especializadas segundo projetos elaborados por arquitetos da Secretaria de Saúde e os equipamentos são padronizados a nível central.

c) Relações internas. As relações dentro da equipe são aquelas de uma organização burocrática clássica com níveis de autoridade e linhas de comando bem definidas.

d) Relações externas. O Centro Regional do Vale do Jequitinhonha é tido como exemplar e eficiente; os projetos são modelos e todo apoio é dado pela secretaria.

e) Relações com a comunidade. A comunidade é uma massa de pessoas ignorantes que deve ser educada e sobre a qual se deve executar algumas ações de saúde definidas segundo prioridades técnicas. O Programa de Educação para a Saúde tinha como objetivo explícito: “conseguir da população um comportamento favorável” ao controle de determinadas doenças.

Segundo momento

Treinamento de pessoal. A escassez de pessoal auxiliar determina a transformação do auxiliar especializado em auxiliar polivalente. Para atender

às novas necessidades tem que ser feito um rearranjo nos cursos de auxiliares em função de uma redefinição de tarefas. O fato ocasiona um primeiro rompimento com os modelos adotados para o resto do estado.

a) Supervisão. A idéia de aproveitar melhor os poucos recursos disponíveis faz surgir a figura do supervisor polivalente. Os técnicos se preparam, sem muito esforço, e passam a supervisionar vários projetos passando a divisão de trabalho a ser feita baseada em critérios de área geográfica, e não de especialidade.

b) Aplicação de rede física. Questiona-se a funcionalidade e adequação das instalações físicas projetadas e construídas especificamente para sedes de serviços de saúde (aceitação pela população, conservação, custo, etc.).

c) Relações internas. A solução de alguns problemas práticos por pessoal administrativo (motoristas e datilógrafos) e o convívio mais freqüente desperta a Diretoria Regional para o *valor da experiência* do pessoal subalterno. Com a finalidade de aproveitar esta *experiência* cria-se um conselho consultivo formado por representantes de cada seção administrativa, por eleitos.

d) Relações externas. Surgem alguns problemas de relacionamento da Diretoria Regional com os coordenadores dos antigos programas verticais que perdem, com a transformação do supervisor especializado em polivalente, o seu representante e subordinado em nível regional. A Diretoria Regional é apoiada por elementos modernizadores, a quem se alia na luta contra a *velha guarda*. O Programa de Educação para a Saúde passa a ser promovido pela OPS, que se interessa pelas *novidades* do projeto.

e) Relações com a comunidade. Procura-se conhecer melhor a população e obter sua contribuição no planejamento e execução dos programas de saúde em desenvolvimento. O elemento mediador é o chamado líder natural e o objetivo indisfarçado é o de se obter o máximo de eficiência.

Terceiro momento

Treinamento de pessoal. O treinamento de pessoal auxiliar polivalente é reestruturado. Divide-se agora em duas etapas bem distintas quanto ao conteúdo: a primeira, em que são estudados textos e experiências relacionadas com participação comunitária; a segunda, em que se estudam técnicas e procedimentos de enfermagem e de saneamento. A equivalência em carga horária para as duas etapas indica a valorização da participação comunitária. A metodologia adotada também é mais democrática, com pequenas exposições introdutórias dos temas, seguidas de discussões em grupo e plenárias. Surgem as primeiras críticas sobre a incoerência entre as idéias que se procuram firmar (de participação) e as relações que se estabelecem nos cursos.

a) Supervisão. O supervisor polivalente é substituído pela equipe integrada de supervisão. Não é mais um técnico de nível superior que supervisiona a unidade de serviços, mas representante das várias áreas de administração regional (área financeira, de administração de pessoal, administração de material, transportes, técnica etc.).

b) Ampliação de rede física. Valoriza-se a participação das prefeituras na construção das sedes de unidades de saúde, mas discute-se muito sobre

o proveito eleitoreiro dessa participação. A administração regional assume a responsabilidade de elaborar projetos e fiscalizar obras.

c) **Relações internas.** Observa-se uma tendência à democratização das relações internas da administração regional. O Conselho Consultivo recusa-se a cumprir um papel de mera assessoria e barganha a delegação de certas decisões. Transforma-se em órgão de deliberação com o nome de Conselho Técnico Administrativo (CTA). A representação torna-se proporcional por categoria de funções (um representante para cada grupo de cinco ou fração).

d) **Relações externas.** Na secretaria os *modernos* assumem e consolidam o poder. Surgem as primeiras críticas ao projeto do vale do Jequitinhonha após atritos entre o grupo-tarefa que prepara projeto de regionalização (onde se tecem críticas à tecnoburocracia), o qual se apóia muito naquela experiência, e certos elementos da área técnico-administrativa. Em relação a Montes Claros, onde se inicia a reprodução (continuação) da experiência do vale do Jequitinhonha, há claras evidências de medidas restritivas: retém-se pedidos de material e de contratação de pessoal, dificulta-se o apoio técnico, etc. e na base do cochicho procura-se desgastar as regionais. É significativo o fato de se tentar impedir a crescente democratização nas relações internas da administração regional, suprimindo-se o CTA no regimento dos centros regionais.

O elemento de sustentação da experiência é, sem dúvida, o aval obtido através do interesse despertado a nível nacional entre técnicos e instituições de inegável prestígio pelas propostas de Montes Claros.

e) **Relações com a comunidade.** Reconhece-se que o atendimento às necessidades da população deve-se constituir no principal objetivo dos programas de saúde e que a população deve definir essas necessidades. Reconhece-se, por outro lado, que a população não é homogênea e que nela há grupos com interesses contrários. Fica mais claro que as principais necessidades da maioria do povo não podem ser satisfeitas por programas de saúde. Há muita confusão da equipe que passa a se sentir sem espaço para praticar os conceitos formulados.

Quarto momento

Treinamento do pessoal auxiliar. Democratizam-se as relações nos cursos de auxiliares. Os treinandos definem o conteúdo dos cursos e participam de sua administração. Suprime-se a figura do professor, da aula e da apostila, que é substituído pelo coordenador de discussões, pelos trabalhos de grupo e das plenárias e pela elaboração de documentos produzidos pelas discussões. A administração do curso é feita por colegiado onde há representação paritária do Centro Regional de Saúde (CRS) e dos treinandos. A internalização do conceito de participação comunitária passa a ser buscada em reflexão de relações vividas nos cursos, e não mais em discussões de estudos.

a) **Supervisão.** A supervisão passa a ser entendida como o conjunto de relações que se estabelecem entre os diferentes níveis do Sistema Regional e produto do trabalho de toda a equipe. O supervisor é apenas o representante do nível regional e não importa se ele é universitário ou não, se ele é técnico ou não.

b) Ampliação de rede física. Discute-se o significado de equipamentos e instalações físicas na produção de serviços de saúde. Minimiza-se sua importância, o que se expressa na opção feita por defasagem entre treinamento e construções (os auxiliares terminam o treinamento antes de terem instalações e são instruídos para desenvolverem um programa mínimo e alugarem casas vazias, se necessário).

c) Relações internas. Discute-se a representatividade do CTA e critica-se sua cooptação pela Diretoria Regional. As reuniões gerais de segunda-feira são transformadas em assembléias e passam a ter a decisão superior do projeto. Acentua-se a divisão do pessoal com aglutinação em dois pólos: um de tendência conservadora, que reúne os partidários de autoritarismo, eficiência, normas, etc.; outro de tendência progressista, que reúne os partidários da participação, da conscientização, da inovação.

d) Relações externas. Intensifica-se em certas áreas da Secretaria de Saúde a hostilidade ao projeto de Montes Claros. O reconhecimento nacional e o aparente endosso de suas propostas pelos meios intelectuais do setor impedem, todavia, a repressão direta. A tática deixa de ser a sabotagem e passa a ser estigmatização. Difunde-se a imagem, para a Regional de Montes Claros, de um centro de elite, privilegiado, cheio de recursos especiais e que obtém favores através de mitos criados. Qualquer êxito do projeto deixa de ser atribuído à atuação solidária da equipe e passa a ser creditado à liderança carismática do diretor.

O Centro Regional de Montes Claros procura articular-se com outros. No confronto com áreas do nível central dois acontecimentos são significativos deste momento.

Em Diamantina, representantes de várias regionais, liderados por Montes Claros, rejeitam um pacote de normas para treinamento de pessoal que foi apresentado sob a forma de um projeto de treinamento. O documento resultante do encontro é criticado em certas áreas.

Apesar de certas notícias intimidadoras, realiza-se em Governador Valadares, por iniciativa de cinco centros regionais, o I Encontro de Regionais em Minas, com a participação de 140 pessoas. Ao fim, 10 diretores regionais presentes reivindicaram participação nas decisões superiores da Superintendência de Saúde.

e) Relações com a comunidade. Dois caminhos parecem orientar as relações com a comunidade. De um lado, o estímulo e a catalização de ações coletivas para solução de problemas que afetam a situação de vida de toda a comunidade e, inclusive, sua organização política. De outro, procura-se democratizar as relações entre os serviços de saúde e a população.

Quinto momento

1. Treinamento de pessoal. Incorpora-se ao treinamento a crítica feita à omissão dos técnicos do CRS que, justificada como atitude não inibidora da livre participação, reflete mais uma posição "espontaneísta". Outro fato importante é a consciência de que todo o processo evolutivo do projeto se constituiu num aprendizado em que a reflexão das práticas leva a novas práticas. A estrutura do curso passa a refletir essa idéia, que se torna quase

uma obsessão na equipe. O curso agora se constitui de quatro etapas: a primeira, de prática em unidades de serviços; a segunda, de reflexão em um centro de treinamento; a terceira, de uma prática nas unidades; e a quarta, de nova reflexão no centro de treinamento.

a) Supervisão. Operacionaliza-se na reunião de módulo básico o que se chamou de postura dialógica nas relações de supervisão. Estas relações não se realizam mais por ocasião de visitas dos técnicos do Centro Regional, mas em encontros do módulo básico (município) de que participam, além da equipe de saúde, as lideranças políticas locais e os usuários do serviço para discussão e encaminhamento de problemas relacionados com a saúde.

b) Ampliação da rede física. Não há alteração na condução da atividade.

c) Relações internas. Desaparece o CTA. A assembléia consolida-se como instância de decisão. Realiza-se o I Seminário do Projeto em uma Área Programática de que participam médicos, auxiliares de saúde e pessoal de nível regional (é a primeira tentativa de incorporar pessoal de nível local às decisões regionais). O produto do seminário é um documento que define diretrizes para algumas atividades do projeto.

Há sinais de aprofundamento de divergências no Centro Regional. Acentua-se a contradição dos que defendem a eficiência das normas com os que querem liberdade para criar.

d) Relações externas. Consolida-se o processo de desajuste no Centro Regional de Montes Claros. Cobra-se do projeto uma organização burocrática que nada tem a ver com suas diretrizes. Os indicadores de eficiência usados por áreas da secretaria na sua avaliação de Montes Claros não são nem a quantidade nem a qualidade de serviços prestados à população, mas sim sua capacidade e grau de controle.

A sustentação ideológica que o projeto dispunha é minada por dois mecanismos:

- de um lado, impede-se a continuidade de alimentação teórica que o projeto vinha obtendo através de assessores ou de seu relacionamento externo; intelectuais que para isso contribuíam vão sendo afastados de Montes Claros através de relações cooptativas de iniciativa das áreas que rejeitam o projeto (convites para aulas, palestras, contratos de assessoria, etc.);
- desenvolvimento de um corpo de críticas muito válidas quando feitas genericamente aos programas de extensão de cobertura de iniciativa governamental mas, no caso, de maneira nada sutil dirigidas a um projeto que procurava justamente reverter os objetivos para a população (ou seja, levar à frente os objetivos explícitos).

e) Relações com a comunidade. Começam a surgir algumas luzes sobre o melhor caminho a seguir nas relações do projeto com o povo. O abandono em que foram deixados os auxiliares de saúde vai sendo corrigido. Vários mecanismos de coordenação e organização vão-se constituindo: reuniões de módulo básico, seminários, encontros, etc. Um destes mecanismos — o boletim dos auxiliares de saúde — vai revelando certas modificações na demanda dos serviços, que passam a incluir orientação para questões de direito trabalhista. As modificações que ocorrem nas relações de trabalho na região

(com a introdução da empresa) abrem novas perspectivas de trabalho para a população.

Os cinco momentos relatados foram realmente vividos e a descrição feita com a fidedignidade possível.

Summary

The document portrays some moments of the experience acquired in a practice of seven years leading programs of extended coverage of health services envisaging, in addition to control a number of diseases (Programa do Vale do Jequitinhonha — the River Jequitinhonha Valley Program) and organizing a regional health service (Programa do Norte de Minas — Northern Minas Program), the fostering of communal participation.

In his presentation of flashes in which is shown the evolutionary process of these experiences, the Author is aware of the fact that some distortions may result, since he has always been completely engrossed in his work, and thus deprived of any concern whatever of maintaining a remotness indispensable to an impartial view of the matter.

Following the description of the general characteristics of the regions where these programs have been developed, the Author relates his experience in five moments, identified through activities and relationships he has considered to be most expressive: training of personnel, supervision, enlargement of the physical network, relationships within the working team, external relationships and relationships with the community.