

PROMOÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO RUFINO

RESUMO

Os princípios de promoção da saúde e atenção primária preconizados desde a década de 70 através das Conferências Internacionais, associados à necessidade de mudança do perfil do médico formado na Universidade Federal de Santa Catarina e às necessidades do município catarinense de Rio Rufino motivaram um grupo de acadêmicos a estruturar um projeto de educação em saúde no final do ano de 2001 e a implantá-lo a partir de Janeiro de 2002. O programa voltou-se a dois grupos: aos acadêmicos e aos cidadãos de Rio Rufino. Junto aos acadêmicos, visou-se a mudança do perfil do profissional formado, tornando-o mais comprometido com a comunidade e atento a nuances não aprendidas nas disciplinas da faculdade. Junto à comunidade, buscou-se desenvolver a responsabilidade pela sua própria saúde e de sua comunidade e a capacidade de participar da vida comunitária de maneira construtiva. Como resultados do projeto, acadêmicos participantes já mostram mais capacitados para atuar em equipe e em conjunto com órgãos públicos e com as comunidades. No município de Rio Rufino a população mostra-se mais consciente dos próprios problemas e começa a lutar por mudanças. Por ser um projeto passível de adaptação à realidade local de qualquer região, já foi proposto e bem aceito em outras comunidades.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, quando a China Nacionalista abriu-se para o mundo exterior e seus "barefoots doctors" foram conhecidos, começou-se a conceber saúde como produção social (Coelho, 2001), ou seja, a população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde. (Carta de Otawa Para a Promoção da Saúde, 1986) O município de Rio Rufino, localizado na região serrana de Santa Catarina, com 2.414 habitantes tem a 276ª posição no ranking do índice de desenvolvimento humano (IDH) do Estado em 2002 (0,664). A capital catarinense, sede da Universidade Federal de Santa Catarina obteve, por sua vez, o 2º maior IDH do país no ano 2000 e o 2º maior IDH catarinense em 2002 (0,966). (Saavedra, 2002) O contraste social, econômico e cultural é evidente entre estes dois municípios catarinenses tão próximos, como acontece em todo o território brasileiro. No entanto os acadêmicos não percebem o quanto o abismo social presente em todo país pode refletir na sua prática médica, limitando-se a compreender a (boa) realidade local, falha que não tem sido corrigida pela universidade.

Acrescenta-se a isso a ausência de uma orientação direcionada à educação, mesmo sabendo que um profissional da área da saúde deveria ser, acima de tudo, um educador. Este fato vai ao encontro de um modelo curricular flexneriano que não valoriza a prevenção primária. (Santana e Christófaró, 2002) As necessidades de complementação da formação acadêmica, associadas às necessidades da comunidade de Rio Rufino (e de outros municípios brasileiros) motivaram a construção de um projeto que atendesse o interesse da população de duas formas: através da atuação direta na comunidade, com uma política de

auxílio não-assistencialista e buscando a mudança no perfil médico, permitindo que profissionais mais conscientes da importância da promoção da saúde auxiliem na mudança de uma estrutura centrada no complexo hospitalar.

DESCRIÇÃO

A lacuna na formação acadêmica e alguns dos problemas da comunidade de Rio Rufino poderiam ser amenizados com medidas simples. Estas medidas necessitavam, todavia, de um projeto bem estruturado de atuação que evitasse um rumo de atenção assistencialista (que vai contra o princípio de sustentabilidade social, proposto primeiramente por Jake Epp em 1984) (Ferreira e Buss). Durante reuniões semanais de cerca de 6 horas, o projeto foi estruturado durante os meses de novembro e dezembro de 2001, visando a implantação a partir de janeiro de 2002. Como discutido, os objetivos foram centrados em dois focos de atenção: um deles junto aos acadêmicos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Psicologia, Agronomia, Economia e outros cursos da Universidade Federal de Santa Catarina, e um junto à comunidade do município.

Sensibilização dos Acadêmicos: Ruptura de velhos conceitos, formação de novos cidadãos:

A participação no projeto foi voltada aos acadêmicos dos cursos de Medicina e também aos interessados dos outros cursos já citados. A multi e interdisciplinaridade podem ser consideradas um dos pontos altos do projeto, onde os conhecimentos de cada acadêmico em sua área específica foram repassados aos demais, promovendo mudança do perfil de auto-suficiência de alguns membros do grupo, tornando-o preparado pra lidar com o ser humano e sua vida como um todo.

No caso de Rio Rufino, por exemplo, o grande número de casos de câncer de pulmão relatados pela população parecia aquém ao número de tabagistas da região. Estava claro que outro componente aumentava os casos de tumor pulmonar. O fator estava no ambiente e no estilo de vida: o contato com acadêmicos de Agronomia e as discussões diárias sobre os aspectos regionais auxiliaram na percepção de nuances no cultivo dos produtos da região e na composição e aplicação dos pesticidas e inseticidas, ricos em arsênico, uma substância potencialmente carcinogênica. (Jr. e Fonham, 2001). Estes detalhes mostravam-se imperceptíveis ao olhar de um profissional de saúde e passariam sem importância ou sem validade à arrogância de um profissional que não soubesse trabalhar em equipe. O mesmo aconteceu sobre a questão do saneamento básico: apesar do IBGE apontar rede de abastecimento na cidade, investigações por parte dos acadêmicos de Engenharia Sanitária acusaram que a água não era tratada e os rios de onde ela era retirada sofriam contaminação maciça de dejetos humanos.

A primeira etapa do processo foi conhecer o objeto de trabalho e ter uma postura adequada diante dele. Durante 20 dias (3 a 23 de janeiro de 2002) a equipe foi inserida na comunidade de Rio Rufino onde diariamente realizou (nos períodos matutino e vespertino) territorializações dos bairros e conversas informais com munícipes. Avaliações diárias (noturnas) dos contextos biopsicosociais encontrados, permitiram o reconhecimento de diferentes fatores da biologia

humana, do meio ambiente e do estilo de vida, importantes no processo saúde-doença (Lalonde, 1974). Com a avaliação da territorialização, por exemplo, levantou-se a suspeita de que não havia tratamento de água em nenhum dos bairros e que, em todas as localidades, existia a possibilidade da contaminação dos rios de onde ela era retirada. Esta informação, posteriormente confirmada como dito acima, mostrou forte relação com as queixas freqüentes de crianças com diarreia e dores abdominais que poderiam estar associadas a verminoses e gastroenterites.

Um outro ponto importante do programa foi o conhecimento da estrutura administrativa do sistema de saúde no município, identificando os aspectos positivos e negativos, analisando o funcionamento do SUS no município, da secretaria da saúde e sua interação com a comunidade e do conselho municipal de saúde, com posterior discussão junto à equipe. Também foram realizados encontros semanais com a prefeitura a fim de identificar suas propostas para a saúde do município e para apontar os objetivos do projeto. Outra mudança no perfil de alguns acadêmicos foi à valorização da educação em saúde. Apesar de pouco estimulada dentro da universidade, o grupo percebeu que a prática educacional se mostra de suma importância para formação de um profissional capaz de atuar de forma eficiente na promoção da saúde, retirando o centro das atenções no complexo hospitalar, trazendo benefícios para a população e para os órgãos governamentais (com a comprovada redução dos custos dos cuidados curativos, por exemplo). Em três reuniões, os acadêmicos de áreas mais ligadas à educação discutiram alguns aspectos básicos sobre o tema (apresentando uma bibliografia adequada), visando a aplicação prática dos conhecimentos então adquiridos. Compreendeu-se que a educação não poderia ser considerada como uma benesse assistencial e deveria acontecer de forma sujeito a sujeito. Concluiu-se também que a equipe deveria desempenhar o papel de mediador entre a população e conhecimento e não seria apenas uma mera transmissora, percebendo que quem é formado forma-se e forma ao ser formado. (Freire, 2002)

Capacitado, o grupo estava pronto para a aplicação prática do projeto junto à comunidade:

Junto à comunidade de Rio Rufino: O Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde da OMS afirma que os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de maneira construtiva. (Levy, Silva et al., 1998) Tendo em vista estes objetivos, foi estruturado todo o projeto de educação para promoção à saúde em Rio Rufino: uma capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. (Carta de Otawa Para a Promoção da Saúde, 1986) Para a comunidade em geral foram realizadas discussões, versando sobre os temas que haviam sido apontados nas visitas como mais importantes para a população ou em que havia mais interesse. Pontos importantes sobre neoplasias, por exemplo, foram discutidos com acadêmicos da Medicina, aspectos da utilização da água com acadêmicos de Engenharia Sanitária e sobre agrotóxicos

com acadêmicos de Agronomia. Procurou-se sempre trazer informações claras e com sistemas visuais e auditivos, assim como dinâmicas de grupo que mobilizassem a atenção e motivassem posteriormente a sua utilização. Junto aos membros do sistema de saúde local (agentes do PACS), líderes comunitários e religiosos (membros da Pastoral da Criança), a atuação foi mais abrangente do que junto à comunidade: foi construído um programa de capacitação em saúde da família, cuja atuação deveria acontecer durante todo o ano de 2002. Essa parcela da comunidade foi eleita como público alvo por já estar engajada com cuidados de promoção da saúde e por ter um grande alcance em todos os setores do município. Esta capacitação foi desenvolvida em cinco etapas: sensibilização, planejamento, execução (capacitação propriamente dita) e avaliação. A fase de sensibilização com duração de 20 horas, realizada ainda em janeiro de 2002, teve como objetivos principais: 1) conhecer as necessidades locais e as possibilidades da comunidade, pra que as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos não prejudicassem o andamento do projeto; (Carta de Ottawa Para a Promoção da Saúde, 1986) 2) estimular e atrair os indivíduos para a participação junto ao processo educativo, apresentando a importância e os objetivos do projeto. Discutiu-se a função indispensável dos participantes como multiplicadores de saúde: membros da própria comunidade auxiliando na prevenção primária através da educação. O projeto educação em saúde estaria presente no município durante um tempo determinado, todavia os cidadãos vivenciavam diariamente a realidade local e seriam eles os atores da mudança, mesmo após a saída da equipe de acadêmicos. Ao elevar a auto estima de um público descrente de sua importância social tornou-se mais fácil realizar uma discussão sobre ciências sociais em saúde pública. Introduzindo a discussão de alguns temas, como saneamento básico, buscou-se trabalhar a necessidade de uma comunidade que conhece seus direitos e deveres e que sabe onde reivindicar ou lutar por um ideal como, por exemplo, junto ao conselho municipal de saúde que era desconhecido da maioria dos participantes. Com esta primeira etapa da capacitação, também ficou claro aos participantes, conscientes de sua postura como cidadãos, que a transformação dos deveres do Estado, como dispostos na Constituição, em realidade é função de todos. A capacitação propriamente dita aconteceu durante períodos de 8 horas por mês. Foi construída com a função exercitativa, (para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências), orientadora (enfocando os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência), didática (com a veiculação de conhecimentos) e terapêutica (permitindo retificar os eventuais descaminhos do processo educativo). (Levy, Silva et al., 1998) Conhecendo, através da sensibilização outrora realizada, as patologias mais freqüentes e as dúvidas mais comuns da população, foram selecionados e discutidos temas como: saneamento básico e higiene, como forma de redução de doenças parasitárias e infecciosas; doenças crônicas em geral (cardiopatias, pneumopatias, diabetes), assim como suas medidas preventivas e paliativas; aspectos relacionados ao câncer, com sua prevenção primária e secundária; desnutrição infantil e suas conseqüências; estresse e depressão; alcoolismo e tabagismo, com implicações biológicas e sociais envolvidas; atuação

preventiva sobre DSTs; medicina preventiva no trabalho como forma de reduzir a incidência de doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho; enfim, conheceram patologias altamente prevalentes e evitáveis com a prevenção primária através do trabalho de um multiplicador de saúde.. Durante dois momentos, proporcionou-se a oportunidade dos participantes da capacitação virem a Universidade Federal de Santa Catarina para uma abordagem prática dos aspectos relacionados à saúde da família: nessas visitas, conheceram o horto de plantas medicinais do Hospital Universitário e a importância de uma orientação adequada para o uso das "ervas naturais"; conheceram as instalações e o funcionamento do Restaurante Universitário onde perceberam a necessidade da adequada manipulação dos alimentos e visitaram laboratórios de Anatomia Humana e Anatomia Patológica, onde puderam visualizar melhor seu "objeto de trabalho", o que facilitou uma maior compreensão dos processos patológicos abordados durante a capacitação. A fase de avaliação ocorreu de duas formas: após cada um dos encontros onde de um lado a comunidade avaliava a importância das discussões, fazia sugestões e críticas quanto ao trabalho da equipe; e do outro lado o grupo de acadêmicos também fazia uma avaliação das atividades realizadas, com seus erros e acertos, da aceitação dos participantes da comunidade e da importância de cada uma das discussões, buscando a melhor performance possível a cada encontro. No mês de dezembro de 2002 foi realizada uma avaliação final, através de discussões com os participantes da capacitação, buscando perceber os pontos positivos e as falhas do projeto.

Resultados esperados e obtidos

O "ideal utópico" como foi considerado o projeto por muitos se tornou uma realidade com resultados concretos: os acadêmicos participantes do projeto mudaram sua postura individualista, conhecendo a realidade próxima que muitas vezes não é igual àquela apresentada nos bancos de uma universidade. O crescimento de cada indivíduo será refletido na formação de profissionais mais capacitados para atuar em equipe e em conjunto com as comunidades, discutindo e articulando com órgãos públicos e com a população em benefício da coletividade. Com a divulgação do programa em congressos e encontros, espera-se que as experiências obtidas possam ser utilizadas por outros grupos e que sugestões e críticas promovam melhorias no mesmo. Os resultados no município de Rio Rufino já aparecem nos primeiros contatos com a comunidade. As discussões esclareceram dúvidas simples e criaram novos conceitos, atuando de forma direta na prevenção primária. A capacitação em saúde da família que busca a formação de multiplicadores de saúde já traz frutos gratificantes: questões como o saneamento básico, importante para a região (que possui grande prevalência de verminoses), estão sendo discutidas com a comunidade pelos agentes de saúde e membros da pastoral da criança. Segundo estes, apesar da resistência de alguns, a população já começa a mudar alguns hábitos, como o de construir latrinas ou despejar dejetos nas proximidades dos rios. A comunidade mostrou-se também consciente dos próprios problemas e começou a lutar pela mudança: em contato telefônico recente, um dos participantes da comunidade pediu apoio para a equipe de acadêmicos para que

fosse elaborada uma cartilha sobre "Drogas", a fim de que eles mesmos iniciassem a educação e conseqüente prevenção do problema, dando vida ao conceito de multiplicador de saúde: são os "novos protagonistas orientando a promoção em saúde", conforme proposto na Declaração de Jacarta. Com a atuação do projeto em Rio Rufino, fica claro que os objetivos de uma política não paternalista de atuação foram alcançados. Por ser um projeto de sucesso e passível de adaptação à realidade local de qualquer comunidade, já foi proposto e bem aceito em Água Branca (AL), cidade que fica na região de Xingó, uma das mais pobres de todo o país, sendo que sua implantação só depende agora de recursos operacionais, já que a população acatou com satisfação a idéia. Outras cidades catarinenses já demonstraram interesse no projeto.

FICHA TÉCNICA

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROFESSOR (A) ORIENTADOR (A)

Antônio Carlos Machado da Rosa

ALUNO (S) RESPONSÁVEL (IS)

Daniel Medeiros Moreira; Juliany Nascimento Silva

ALUNO (A) RESPONSÁVEL PARA CONTATO

Daniel Medeiros Moreira

Rua Assis Brasil, 1413 - Ponta de Baixo

São José - SC

Cep: 88104-200

Tel: (48) 343.0136/ 9965.3882

E-mail: danielmedeirosmoreira@hotmail.com