

6.000  
6.115

# SAUDE RURAL

# editorial

Mais uma vez "Ideias e Acção" vem apresentar aos seus leitores um número duplo especial. Os anteriores tinham tido por tema o "Apartheid" e as suas incidências na população negra rural na África do Sul (nº. 126), a participação popular na Ásia (nº. 116) e na América Latina (nº. 76).

Outros assuntos relacionados com o desenvolvimento rural, ultrapassando embora a questão agricultura em sentido mais estrito, foram também aqui já trazidos. Assim, em 1975, publicámos em colaboração com os nossos colegas da UNESCO, um número especial sobre "A alfabetização em Meio Rural" (nº. 105). Desta vez vamos levar a cabo uma incursão nos terrenos de outra organização irmã, a OMS, consagrando este número à "Saúde Rural". A ênfase está colocada, como de costume, na "participação popular", um dos cavalos de batalha da CMCF/AD. Foi nossa intenção realçar mais uma vez que, seja qual for o nosso campo de actividade — agricultura, educação ou saúde — não nos devemos limitar aos domínios da competência específica de cada uma das nossas organizações, mas entender o desenvolvimento rural como um todo, pois é assim que ele se apresenta naturalmente às próprias populações rurais.

Queremos agradecer ao co-redactor deste boletim, Dr. Neil Anderson, especialista de saúde pública, que foi responsável por diversas missões enquanto consultor da OMS. Agradecemos igualmente ao Dr. Richard Morrow do Programa de Investigação de Doenças Tropicais e ao Dr. Duane Smith da Divisão de Reforços dos Serviços de Saúde da mesma organização pelos seus conselhos relativos às doenças específicas que referimos neste boletim (muito em especial ao Anexo). Por fim, exprimimos ainda a nossa gratidão ao Conselho Ecuménico das Igrejas, em Genebra, cuja Comissão para a Participação das Igrejas no Desenvolvimento e Comissão Médica Cristã, se prontificaram a contribuir financeiramente para as despesas suplementares que acarretou a produção deste número especial.

**NOTA:** Todos os números especiais que mencionámos, bem como mais exemplares desta edição, podem ser enviados a pedido.

"Os esforços em prol do desenvolvimento ainda não conseguiram, na sua maior parte, satisfazer as aspirações dos povos nem as suas necessidades essenciais, como o exigiriam os princípios de dignidade humana, da justiça e da solidariedade social internacional, em especial nas zonas rurais dos países em desenvolvimento".

Carta dos camponeses, Conferência Mundial sobre Reforma Agrária e Desenvolvimento Rural (CMR-ADR), FAO, Roma, Julho de 1979.

## O DESENVOLVIMENTO RURAL E OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Ao longo da última década, a grande maioria dos Governos fizeram declarações solenes em que reconheciam que as condições de vida dos habitantes do Terceiro Mundo eram deploráveis e que a maior parte dos esforços empregues para atacar este problema tinham sido, infelizmente, ineficazes. Mais recentemente, tais declarações definiam com mais detalhe estratégias que procuravam melhorar esta situação. E de uma forma generalizada a "participação popular" é assumida como a chave para o sucesso do desenvolvimento rural.

Isto mesmo era já claramente enunciado pela CMRADR em Roma em 1979: "Participar nas instituições e sistemas que governam a sua vida é, ao mesmo tempo, um direito fundamental do homem e uma condição essencial para o alinhamento do poder político em favor dos grupos desfavorecidos e para o desenvolvimento socio-económico. As estratégias de desenvolvimento rural só poderão produzir os seus frutos se a população — concretamente as suas camadas mais desfavorecidas — estiver motivada, activamente empenhada e organizada na base".

*"As desigualdades flagrantes na situação sanitária dos povos, quer as que existem entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, quer as que se fazem sentir no interior de cada país, são política, social e economicamente inaceitáveis e constituem por isso mesmo uma questão preocupante, comum a todos os países"*

Declaração de Alma-Ata

Já pouco menos de um ano antes, a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, organizada em Alma-Ata (URSS) pela OMS/FISE em Setembro de 1978, tinha sido muito explícita sobre este assunto. Os cuidados primários de saúde, foi então declarado, são o meio de assegurar a todos os povos um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva: estes são *"cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos aceitáveis, universalmente acessíveis a todo o indivíduo e a todas as famílias da comunidade, com a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam assumir"*.

Três, quatro anos se passaram sobre estas declarações. E no entanto perto de 500 milhões de seres humanos, na sua maioria rurais, continuam a sofrer de fome e malnutrição, e este número não está em decréscimo. Sem dúvida que a produtividade agrícola aumentou em algumas regiões, mas isto deu-se em geral em culturas de exportação e não em culturas destinadas ao consumo interno: assim, na maior parte dos casos, os rurais não beneficiam deste progresso. A medida que as antigas estruturas agrárias se vão desintegrando, as vantagens precárias que o modo tradicional de vida podia mesmo assim assegurar aos camponeses desapareceram, deixando uma multidão de pessoas sem terra, sem emprego e sem subsistência — a menos que trabalhem em condições de exploração e miséria extremas.

Ainda que, de vez em quando, se tenha registado algum êxito, o panorama geral é sombrio. Muitas vezes, os próprios esforços feitos no sentido de criar um processo de desenvolvimento são mais negativos que positivos para a população rural. Os programas para melhorar a produção agrícola trazem, em alguns casos, outras consequências menos agradáveis. O balanço de programas de grande envergadura destinados a melhorar as condições sanitárias das populações rurais é, frequentemente, decepcionante.

Estes reveses começam a ter consequências negativas, que se traduzem num crescente desencanto pela participação popular. "Isto não vai". Quer se

trate de programas agrícolas ou sanitários, os resultados parecem ser fracos e esporádicos

Resta saber se se deu efectivamente uma oportunidade à participação popular nestes domínios. Não nos cansamos de repetir: é raro fazer-se desta participação o motor principal do desenvolvimento rural, e apoiar-se na comunidade para organizar a acção sanitária. Muitas vezes, esta última fica isolada de outros programas de desenvolvimento, tanto como, quer na sua fase de formulação quer na sua fase de execução, os programas de desenvolvimento rural ignoram os problemas sanitários.

É difícil para aqueles que trabalham na agricultura, na saúde ou na educação traduzirem na prática conceitos como "colaboração intersectorial", "cooperação, coordenação ou integração". Os camponeses, esses, não fazem estas distinções e o trabalho, a saúde, a educação fazem parte integrante do seu dia a dia.

Se não conseguirmos responder às necessidades das populações rurais, isso deve-se, em grande parte, ao facto de termos sido incapazes de as mobilizar de forma efectiva. Se este número de "Ideias e Acção" puder contribuir, ainda que modestamente, para que isso seja compreendido e assim a participação comunitária se intensifique, terá cumprido a sua missão. Começaremos por estudar alguns mitos e obstáculos, ilustrados sempre que possível com exemplos extraídos da realidade. Tentaremos, em seguida, apresentar algumas sugestões para a elaboração de programas de saúde rural no quadro dos cuidados primários de saúde. Por último, este número contém ainda (sobretudo no Anexo) numerosas referências a fontes bibliográficas e a organizações/grupos que se ocupam de saúde rural. Esperamos promover uma troca de informações entre aqueles — e são muitos — que empenham todas as suas forças em conseguir "a saúde para todos no ano 2000".

*"O médico não é o especialista da saúde. Não. O médico é o especialista das doenças. A saúde? Isso é connosco"*

Um trabalhador brasileiro

COM H 349

**MITOS**



**E  
OBS-  
TACULOS**

A desigualdade dos níveis de desenvolvimento e da distribuição dos recursos é o principal obstáculo a uma melhoria das condições de saúde — e de vida em geral — das populações rurais do Terceiro Mundo. Doenças, benignas noutro contexto, podem tornar-se fatais em vítimas subalimentadas. Infecções, facilmente evitáveis ou curáveis na cidade, são de muito mais difícil tratamento no campo, onde as distâncias são maiores e os serviços sanitários escassos. Doenças e mortes relacionadas com a gravidez e o parto são muito mais numerosas nas zonas rurais, onde as mulheres grávidas se entregam a duros trabalhos físicos até ao momento do parto e onde não há assistência médica a que se possa recorrer em caso de surgirem complicações.

Por outro lado, em quase todos os países, os recursos disponíveis ficam concentrados nas cidades, ao serviço dos seus habitantes que gozam de melhores condições económicas.

Por isto mesmo, torna-se ainda mais urgente ajudar as comunidades rurais a tomar a seu cargo, na medida do possível, os seus próprios cuidados de saúde, e afirmar a necessidade de dotar as populações rurais de recursos sanitários nacionais em maior proporção.

Três grupos de afecções estão espalhados nas regiões rurais dos países pobres. Primeiro, as que são propagadas através do ar (pela tosse, espirro, respiração) como o sarampo, a tuberculose, a tosse convulsa e a pneumonia. Seguem-se as que são transmitidas pelas fezes: diarreia, amebioses, parasitoses, poliomielite. Em ambos os casos é possível lutar contra estas doenças através do saneamento básico, o que está ao alcance da maior parte das comunidades rurais.

O terceiro grupo de afecções é mais difícil de combater: trata-se do paludismo, da bilharziose, da doença do sono (tripanossomose). Manda a verdade que se diga que estas doenças recrudescem, com frequência, com as medidas adoptadas para fomentar o desenvolvimento rural.

---

— O paludismo, a bilharziose e a tripanossomose têm progredido com os trabalhos de irrigação, enquanto a utilização de pesticidas produziu uma espécie resistente de parasitas.

— A rápida urbanização teve como consequência o aparecimento de barracas densamente habitadas.

— As barragens facilitam a proliferação de mosquitos, moscas e caracóis, todos eles portadores de doenças, e a mosca que transmite a onco-cercose (cegueira fluvial) reproduz-se, entre outros lugares, nos esgotos sanitários.

— A construção de estradas, as valetas, sarjetas e condutas subterráneas propiciam a reprodução de moluscos e mosquitos, o mesmo acontecendo com as minas de pouca profundidade.

— A expansão da criação de gado em regiões infestadas pela mosca tsé-tsé faz correr o risco de transmissão da doença do sono aos pastores e suas famílias.

---

Os mais pobres são assim os mais vulneráveis, enquanto os benefícios do desenvolvimento são sempre encarados sob um ângulo "nacional", o que de facto significa que acabam sempre por privilegiar a elite nacional.

## Contributos exteriores: mais uma imposição?

Como se não chegasse o combate que têm de empreender contra as três principais causas de doença (malnutrição, infecções e condições precárias na gravidez e no parto), as populações rurais têm ainda de se defender contra as intervenções exteriores. Estas, não só não fomentam necessariamente a iniciativa local, como muitas vezes a desencorajam. É o caso, entre outros, das que se situam no domínio da educação nutricional, da "ajuda alimentar", do planeamento familiar e dos "programas verticais" de combate a certas doenças.

A ideia de que a subnutrição se deve, na maioria dos casos ou pelo menos em grande parte deles, à ignorância quanto ao valor nutritivo dos alimentos é falaciosa. Somos levados a pensar que os habitantes dos países ricos não distinguem o que é bom do que é mau para a sua saúde e no entanto não sofrem de subnutrição (ainda que se possam encontrar muitos malnutridos). Nos países pobres, é muito provável que os habitantes da cidade saibam, menos do que os do campo, o que lhes convém e no entanto há menos subalimentados. Estudos levados a cabo na África Oriental demonstram, de forma inequívoca, que os camponeses conhecem os alimentos necessários aos seus filhos. Eles não têm é, infelizmente, os meios necessários para os obter em quantidade suficiente.

Há ainda muito boa gente que pensa que para alimentar a fome no mundo basta ir buscar alimentos aos lugares onde eles abundam e distribuí-los onde eles não existem, através de programas de ajuda alimentar.

Mas a comida ocupa espaço e deteriora-se, o que significa que a sua conservação, transporte e distribuição são caros.

A infraestrutura que é preciso montar corre o risco de custar mais cara que o próprio valor real dos alimentos. Como qualquer outra forma de assistência, os programas de ajuda alimentar podem não ser apropriados ou devidamente utilizados; por outras palavras, a sua acção sobre a produção alimentar local é, frequentemente negativa. Os projectos "comida em troca de trabalho" acabam muitas vezes e ironicamente por empregar pessoas que, de outra forma, estariam a cultivar a sua própria terra, garantindo com isso a sua sobrevivência. Devido à necessidade constante de alimentos, a relação entre

o dador e o receptor gera facilmente vínculos de dependência. Torna-se fácil levar os beneficiários a seguirem os "conselhos" dos dadores, já que uma interrupção da ajuda alimentar provoca efeitos imediatos. E embora os programas multilaterais estejam mais isentos deste problema que os bilaterais, tendem ainda assim a fomentar a dependência.

O planeamento familiar é outro exemplo duma intervenção que não altera nada ao nível de raiz da pobreza. Ouve-se muitas vezes dizer que a subnutrição e as infecções subseqüentes resultam da contradição entre poucas disponibilidades e demasiada gente. O planeamento familiar propõe-se assim limitar a população, já que, para se passar a dispor de alimentos suficientes para a população existente, teriam de ser levadas a cabo alterações radicais no sistema de propriedade da terra e no controlo da produção alimentar.

O planeamento familiar pode, por outro lado, ter um efeito libertador para as mulheres que o adoptam (o que não acontece quando ele reveste um carácter autoritário, como sucede em alguns países). A questão está em saber quem decide da sua aplicação: são as mulheres? ou os agentes de planeamento, que formam em seguida o pessoal encarregado de convencer os camponeses da necessidade de planeamento familiar?

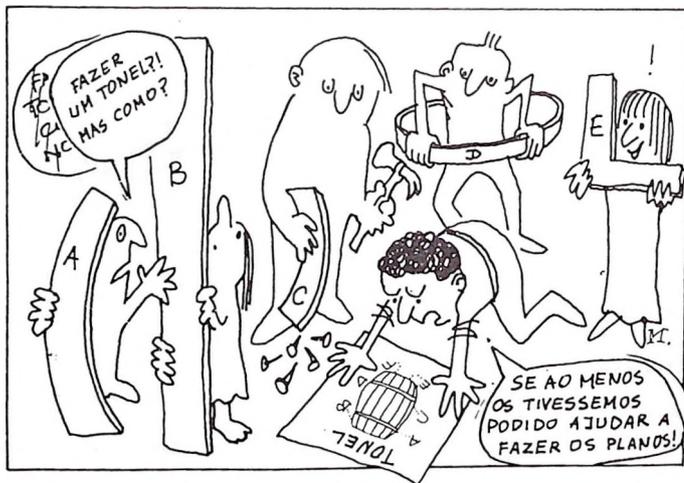
A campanha mundial contra a variola é muitas vezes citada como um exemplo de intervenção exterior bem sucedida no domínio da saúde rural. E verdade que ao primeiro sinal de um caso de variola diagnosticado, o mundo inteiro fica alertado, o que representa — sem sombra de dúvida — um progresso para a humanidade.

Mas o sucesso de um programa tem também um lado negativo. É-se levado a pensar que outras doenças podem ser vencidas da mesma maneira: pela vacinação. E infelizmente não é sempre assim.



A campanha contra a varíola pode ser descrita como um programa vertical. Peritos internacionais foram convidados a desenvolver uma tecnologia em lugares muito distantes daqueles onde ela iria ser aplicada e a formar pessoal capacitado para a pôr em prática. Este método tem, naturalmente, implicações políticas. Parte do seguinte pressuposto: "Deixem os peritos agir, eles é que sabem o que vos convém". E se um programa vertical é um redondo fracasso e não consegue diminuir os casos de uma qualquer doença, há sempre uma desculpa para os peritos.

A saúde, explicam eles, é como um barril feito de várias pranchas. Se uma falta, a água escapa-se. O remédio será pois criar mais programas verticais integrados e coordenados (mas sempre de cima para baixo) para melhorar a saúde. Infelizmente na vida nunca é assim: há sempre uma prancha que falta.



## Não aos programas verticais

As desilusões criadas pelos programas verticais fizeram nascer um maior interesse pela participação da comunidade local. No campo dos cuidados primários, esta evolução levou à elaboração do conceito de cuidados primá-

rios de saúde; deve ser a própria população a identificar os seus problemas, a determinar o que pode fazer — e FAZÊ-LO.

O próprio conceito de cuidados primários de saúde e a experiência adquirida nesta matéria provam que o desenvolvimento não brota de nenhum tipo de colaboração intersectorial. As pranchas de um barril fabricadas pelos peritos respondem mal às necessidades das populações rurais. Mas seria ainda mais errado confiar o seu fabrico a um qualquer departamento na capital, para serem depois unidas umas às outras nas zonas rurais.

Muitas dificuldades têm origem no facto de o "desenvolvimento rural" ser encarado pelas administrações nacionais e internacionais como um "projecto", enquanto que para as populações rurais se trata de um "processo". Os programas verticais correm assim o risco de, apenas muito longinquamente, terem alguma coisa a ver com este processo, ou mesmo de o entravar.

Seria utópico esperar que a comunidade empreendesse colectiva e espontaneamente uma análise do desenvolvimento rural em todos os seus aspectos. Algumas técnicas sanitárias exigem conhecimentos que os camponeses não podem adquirir sozinhos. Como dizia um perito internacional, a participação nunca curou um epiléptico. O importante será ir fornecendo regularmente os remédios apropriados. O problema tem portanto dois aspectos: fomentar a participação e aplicar a tecnologia do desenvolvimento.

Levou muitos anos de investigação até se descobrir por exemplo, que se podem tratar algumas formas de epilepsia pela administração regular de fenitoína sódica. Descoberto isto, nada mais simples que divulgar esta informação pelas aldeias.

Mas não será talvez tão fácil fornecer os medicamentos e será muitas vezes necessário efectuar acordos administrativos especiais para que sejam estabelecidos sistemas de abastecimento eficazes. Não queremos com isto dizer que as decisões tenham de ser tomadas por uma instância superior ou deixadas aos peritos. Uma vez estabelecidos os circuitos de abastecimento, as pessoas que têm o mesmo problema — as famílias de epilépticos, por exemplo — podem juntar-se para verem em conjunto o que podem fazer. É a isto que chamamos método horizontal, por oposição aos programas verticais.

**Neil Andersson**

Suponhamos que um antropólogo extraterrestre, oriundo por hipótese de Júpiter, teria de apresentar um relatório do seu trabalho de estudo de campo levado a cabo no nosso planeta. Qual seria a tese central do seu relatório? Muito provavelmente a "desigualdade". As pessoas na terra dividem-se, diria ele, de tal modo que um punhado de gente possui riqueza mas a grande maioria é pobre. Alguns têm poder, outros não têm nenhum. E esta situação mantém-se assim, não só através de uma repressão às claras, como ainda devido a subtis mecanismos de dependência.

A desigualdade é predominante em todos os sectores da vida social, incluindo o da saúde. Frequentemente, uma pequena fracção de uma população goza de boa saúde e tem acesso a óptimos serviços, enquanto que todos os restantes, a grande maioria, vegeta na miséria, privados de qualquer serviço eficaz. Não é portanto um problema de inexistência de bons serviços de saúde mas da sua injusta repartição. Na minha opinião, e vã qualquer estratégia de cuidados primários de saúde se nos limitamos a proporcionar um sistema de serviços essenciais àqueles que os não têm — tal como no passado, a chamada estratégia do "desenvolvimento comunitário" não conseguiu dar resposta às necessidades fundamentais dos camponeses pobres. Para que possa dar resultados concretos, a noção de cuidados primários de saúde tem de ser encarada como um conceito dinâmico que tenha como objectivo assegurar uma redistribuição do poder e dos recursos em favor dos pobres.

A história ensina-nos que esta redistribuição nunca se dará de uma forma espontânea. Os pobres terão de se organizar para obrigar a que reconheçam, ou melhor, para impor os seus direitos. Os cuidados primários de saúde podem, e devem, contribuir para uma organização eficaz da comunidade.

Gostava de analisar alguns factores que facilitam ou entravam a adesão e participação da população aos cuidados primários de saúde. As minhas conclusões tiveram como base a minha própria experiência neste domínio e aquilo que pude observar no trabalho dos meus colegas.

Devido a situações sócio-culturais diferentes, as comunidades podem reagir de formas muito diversas à introdução do mesmo programa de cuidados primários de saúde. Os principais factores que entram em jogo na determinação de uma resposta são a organização e capacidade de iniciativa da comunidade, experiências anteriores de lutas colectivas, conhecimento dos problemas sanitários e, mais que tudo isto, o modo como a economia local se integra na economia nacional.

○ projecto de cuidados de saúde de Quispicanchis constitui um bom exemplo. Quispicanchis é uma província andina do Peru, que se esten-



de a sul de Cuzco, antiga capital dos Incas. A parte menos elevada (situada ainda assim a uma altitude de 3.200 m) é constituída pelo vale de Vilcanota, que a percorre de norte a sul. Bem irrigada e fértil, é atravessada por uma importante estrada que une Cuzco a Puno. As principais culturas são o milho, a cevada, a batata, o feijão e fruta, algumas das quais chegam a dar duas colheitas por ano.

A maior parte da província é, no entanto, constituída por altas montanhas, com picos que ultrapassam 6.000 metros. Aí o solo é árido e rochoso; a erva que aí cresce serve para alimentar os rebanhos de lamas e ovelhas. As parcelas mais produtivas dão apenas batatas, e só de três em três ou de cinco em cinco anos. A população, essencialmente índia, vive em lugarejos dispersos. É composta por agricultores de subsistência, camponeses sem terra e pastores. Apesar de estes camponeses (campesinos) produzirem a maior parte dos bens de primeira necessidade, não conseguem mesmo assim sobreviver com as suas parcas colheitas. Há por isso fortes migrações sazonais para a selva amazónica, onde é possível conseguir trabalho assalariado, e um escoar migratório permanente (sobretudo de jovens) para as grandes cidades da costa.

A província divide-se em distritos. Nas capitais de distrito (entre 1.000 e 4.000 habitantes) vivem os mestiços, descendentes de índios e espanhóis. São eles que controlam o comércio, a administração e os transportes.

Tradicionalmente, a terra pertencia a grandes proprietários rurais, os *hacendados*, que arrendavam pequenas parcelas às famílias de camponeses, em troca de mão-de-obra gratuita. A Lei da Reforma Agrária de 1969 veio substituir os *hacendados* por uma burocracia de funcionários, sem trazer grandes melhorias à vida do campesinato. O nível de desenvolvimento é muito baixo: a taxa de mortalidade infantil é, por exemplo, de 22,5% e a taxa global de analfabetismo é de 85% (a quase totalidade da população feminina não sabe ler nem escrever).

A atitude face aos problemas de saúde é ainda tradicional em toda a região. Considera-se que a saúde depende do equilíbrio existente entre duas forças opostas: quente e frio (todos os alimentos estão classificados segundo este critério), homem e mulher, descendentes e antepassados. Se este equilíbrio (*ayni* em quechua, a principal língua índia local) se quebra, fica-se doente. É o que acontece, por exemplo, quando um homem não cumpre os seus deveres para com os antepassados, ou uma mulher prepara uma refeição composta apenas de pratos frios. A cura só poderá chegar se o equilíbrio for restabelecido graças a ritos mágicos ou a ofertas praticadas por pessoas dotadas de poder sobrenatural. Mas, na prática, os tratamentos médicos levam-se a cabo sem recorrer muito a esta teoria mágica, que é mais uma filosofia tradicional da saúde do que um critério prático. Com o decorrer dos séculos, a população aprendeu a tratar muitas doenças e toda a gente tem um certo conhecimento de medicina empírica. Alguns, fazendo disso uma profissão, tornam-se curandeiros (*curanderos*), comadres (*comadronas*) e endireitas (*hueseros*).

Um grupo de padres jesuítas, que dirige uma escola para adultos nessa área, convidou-me a organizar em Quispichanich um sistema de cuidados primários de saúde. Fui contratado como médico distrital pelo Ministério da Saúde, a pedido das autoridades locais, e comecei a trabalhar em Outubro de 1974.

O programa tinha por base um centro de saúde com 6 camas situado em Urcos (a capital da província) e uma escola de educação de adultos. Durante o primeiro ano pusemos de pé um serviço de medicina curativa e o número de consultas cresceu rapidamente. O enfermeiro ou eu próprio íamos às comunidades rurais ver os doentes e discutir problemas sanitários com a população (da equipa faziam ainda parte dois auxiliares e um motorista-intérprete). Para muita gente este foi o primeiro contacto com a medicina ocidental, para além dos medicamentos que se vendiam, ao domingo, no mercado. Submete-

mos todas as crianças da escola a um controlo médico e organizámos um sistema de diagnóstico comunitário; à excepção de um único, todos os habitantes participaram; nos finais de 1975 tínhamos estabelecido contacto com cerca de quarenta comunidades e tínhamos uma ideia muito clara dos problemas sanitários da região, bem como do modo como a população local os encarava.

Os dois anos seguintes foram consagrados à criação de uma rede de auxiliares de saúde. Em quatro cursos de dez dias cada, foram formados 44 auxiliares, em representação de 35 comunidades, designados pela própria assembleia comunal, segundo um costume tradicional que vem do tempo dos Incas. Entre os estagiários contávamos apenas com uma mulher, por ser obrigatório ler e escrever. Os programas constavam de trabalhos práticos, discussão crítica dos problemas da saúde e ainda de aulas de administração e teoria médicas. Esta última consistia numa análise das vinte doenças mais correntes: descrição dos sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. A este respeito, a medicina ocidental proporciona os meios contra doenças transmissíveis (higiene, vacinas, antibióticos...) bem como meios de despiste de doenças por carência (desidratação, malnutrição, avitaminose, etc.).

O sucesso deste programa, mais do que à formação, deve-se à supervisão exercida sobre os auxiliares de saúde. De 6 em 6 semanas recebem a visita do enfermeiro que passa a noite no próprio local; por outro lado, organizamos periodicamente reuniões para as quais são convocados. Durante estes encontros, que duram dois ou três dias, discutimos em conjunto os problemas que cada um tem em mãos; escolhemos ainda um tema médico especial (a tuberculose, por exemplo) e tentamos visualizar os problemas através de "psicodramas". Uma boa parte do tempo é consagrada a comermos, bebermos e tocarmos música juntos. Estas reuniões têm trazido um grande estímulo aos auxiliares de saúde.

Uma vez implantado o programa de medicina curativa pelos auxiliares de saúde (de facto, de que serve falar de profilaxia enquanto não somos capazes de tratar das doenças?), lançámos programas de acção preventiva a uma escala modesta. Estes consistiam em campanhas de vacinação, de luta contra a tuberculose, de melhoramento dos poços (para água potável), de tratamento de hortas individuais ou em escolas, etc.

Fizemos questão em que a comunidade não só escolhesse ela-mesmo o seu auxiliar de saúde, mas que fosse proprietária do material médico fornecido e dos medicamentos distribuídos e que fosse ainda ela própria quem avaliasse o trabalho dele, ao longo de reuniões periódicas.

Na prática, esta avaliação deu-se muito raramente, mas estabeleceram uma espécie de compensação para o tempo em que ele faltava ao seu trabalho, dispensando-o das tarefas comunitárias (faenas). Era ainda a aldeia que fixava o preço que o auxiliar de saúde podia cobrar pelo seu trabalho.

Infelizmente, nos finais de 1977, dos 48 auxiliares de saúde formados, apenas 20 se mantinham ainda no seu posto. Os outros tinham-se visto obrigados a procurar trabalho remunerado na selva amazónica.

Mais interessante ainda do que as características do nosso programa de cuidados primários de saúde, foi o modo como reagiram as diversas comunidades. Seleccionámos três a título de exemplo. Uma delas — Occoram — recusou toda e qualquer colaboração. Uma outra — Pinchimuru — colaborou com o nosso programa. A terceira — Pampaccamara — tomou algumas iniciativas no sentido de o dar a conhecer. Como é que se explicam reacções tão diferentes?

Em primeiro lugar é preciso ter em conta a diversidade das condições económicas. Occoram, onde o programa foi recebido com uma completa apatia, é, de longe, a mais pobre das três comunidades. Dir-se-ia que há um limite abaixo do qual o número de intervenções susceptíveis de mobilizar a população é extremamente reduzido. Os camponeses de Occoram tinham sido até 1972 os colonos das terras de Mollabamba. Recusaram aderir à cooperativa recentemente fundada no quadro da reforma agrária, por temerem cair sob o domínio dos camponeses de Mollabamba, onde a terra é mais fértil.

O solo onde eles cultivam é muito árido. Para comunicar com o mundo exterior, têm de descer durante horas uma vertente escarpada até ao vale de Vilcanota. A região é de tal maneira pobre que a maior parte dos adultos a abandonam durante alguns meses por ano para irem trabalhar na selva amazónica e muitos jovens a abandonam definitivamente.

Em Pinchimuru, a população não vive muito melhor. Em 1965, os camponeses tomaram a iniciativa de comprar terra ao proprietário rural para a repartirem em partes iguais entre as 69 famílias. Estavam organizados e tinham uma direcção. Enquanto que em Occoram a comunidade tinha vivido até 1972 sob um representante do *hacendado*, o dono da terra, cuja única preocupação era que se cumprisse com o trabalho da hacienda, Pinchimuru tinha uma forte tradição de auto-responsabilidade: reúne-se frequentemente para discutir os seus problemas e possui uma elite dirigente que organizou a retomada das terras e se mantém em contacto com a administra-

ção local. Estas diferenças, a que se junta a experiência ganha por Pinchimuru durante a luta contra o grande domínio vizinho de Lauramarca (60.000 ha), explicam a razão pela qual as duas comunidades reagiram de modo tão diferente ao mesmo programa.

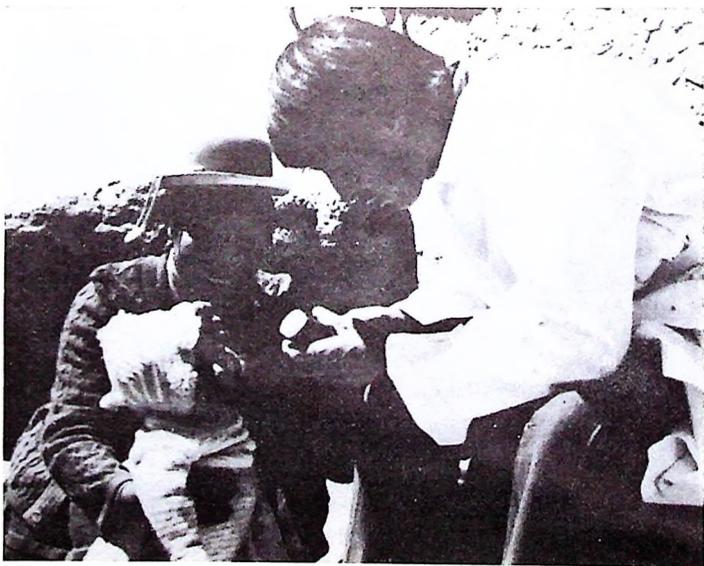
Em Occoram, os habitantes não manifestaram qualquer interesse pelos cursos de formação de auxiliares de saúde. Não tinham nenhuma vontade de gastar os 7.000 soles (cerca de \$12 dólares USA) exigidos para constituir um fundo rotativo destinado à compra dos primeiros medicamentos; ninguém se sentiu atraído pelas reuniões públicas. Ao contrário, Pinchimuru elegeu logo um aldeão para o primeiro curso de formação. Os problemas sanitários estão frequentemente na ordem de trabalhos das reuniões comunitárias onde as actividades do auxiliar de saúde foram avaliadas várias vezes. Os seus serviços são frequentemente pedidos, tanto mais que ele é o filho do curandeiro local e que aplica uma mistura de medicina tradicional e de medicina ocidental. Mesmo assim, quando ficou decidido que era preciso proteger os poços, ninguém se apresentou para trabalhar, à excepção dos membros da sua própria família.



Poços melhorados — com pouco dinheiro — construídos por três famílias de Quispicanchis.

Em Pampaccamara a resposta da comunidade foi ainda mais entusiasta. Os habitantes tinham ouvido falar do programa e quiseram saber mais informações. Por sua iniciativa, escolheram um seu representante para participar do curso de formação de auxiliares de saúde. Antes mesmo de o programa se iniciar, a comunidade tinha construído com muito esforço e pesados gastos um dispensário e uma casa para o agente de saúde. Os chefes da comunidade, envolvidos nos seus ponchos, foram até Lima, a capital, pedir ao Ministro da Saúde o envio de um médico para Pampaccamara.

Por que razão terá sido tão diferente a atitude de Pampaccamara da de Occoram ou de Pinchimuru? Em primeiro lugar, em Pampaccamara o solo é mais rico e cada família dispõe de mais terra. É possível, por isso, comercializar uma parte da colheita. Metade dos homens, aproximadamente, são



comerciantes. Segundo, enquanto em Occoram e Pinchimuru as famílias se vêem obrigadas a vender um carneiro ou parte das suas provisões quando têm grande precisão de dinheiro, os habitantes de Pampaccamara têm aparentemente as suas economias. Há ainda outras diferenças. Pampaccamara era já uma comunidade índia antes de 1923 (uma comunidade índia é uma forma especial de organização comunitária fundada segundo tradições ancestrais e que foi reconhecida pelo Governo a partir de 1920 — vários textos legislativos modelaram o seu estatuto jurídico). Pampaccamara tem uma grande tradição de luta, por vezes violenta, contra os grandes proprietários vizinhos, muito especialmente contra o domínio de Ccamara. Tudo isto contribuiu para constituir uma comunidade solidamente enquadrada e cimentada.

Nas três comunidades em questão, a interpretação dos problemas de saúde é essencialmente tradicional, mesmo que tenham havido diversas influências na forma como cada uma acolheu o programa de cuidados primários de saúde. Em Occoram apenas se pratica a medicina tradicional e muito raramente se tenta aplicar a medicina ocidental. Em Pinchimuru, a situação é mais ou menos idêntica, mas há um maior contacto com a medicina ocidental e os camponeses têm mais confiança na sua eficácia. Vão frequentemente ao dispensário, que fica distante, e que funciona sob a égide do Ministério da Saúde.

Em Pampaccamara, em virtude das relações estabelecidas com os meios urbanos, a população começa a ter uma concepção mais moderna dos problemas sanitários. Assim, sem rejeitar completamente as crenças tradicionais, foi praticamente opinião unânime entre os aldeões que era necessário poder contar com os serviços de um hospital e de um médico para os seus 1.200 habitantes.

**A** interpretação dos problemas de saúde parece, sem dúvida, ser um factor importante no tipo de resposta de uma comunidade ao programa. Nos casos em que a interpretação é apenas de ordem tradicional, não só são de muito difícil aplicação os programas de cuidados primários de saúde, mas aparentemente só são aceites soluções individuais. Se uma pessoa adoecer, a culpa é dela, de não ter mantido o equilíbrio tradicional essencial à saúde. Perante tais atitudes é de facto difícil levar avante um programa de cuidados primários de saúde, para o qual é essencial a forma como a comunidade reage.

As reacções de uma comunidade dependem principalmente das suas próprias características, mas dependem também do conteúdo que lhe é proposto enquanto ajuda concreta.

Em muitos países, a estratégia dos cuidados primários de saúde pode provocar um conflito entre medicina tradicional e medicina ocidental. Conflitos anteriores na América Latina, a introdução do cristianismo ou da tecnologia agrícola por exemplo, provaram ser repressivos e destruidores dos sistemas pré-existentes. O aparente optimismo das altas esferas internacionais do poder, quanto às possibilidades de integrar a medicina tradicional na ocidental, não parece ter qualquer razão de ser, pelo menos na América Latina. Integrar estes dois sistemas de cuidados de saúde pressupõe algum nível de respeito mútuo e igualdade básica entre as pessoas, o que de facto não acontece. A medicina tradicional corresponde à "cosmovisão" da comunidade: os seus membros compreendem os seus métodos e a comunidade possui um alto grau de controlo sobre ela. A medicina ocidental, bem pelo contrário, não só não é compreendida, como é controlada por burocratas de fora e estrangeiros. Sendo assim, não é para admirar que a reacção das comunidades seja cautelosa — pronta a fazer dela uso se houver nisto vantagens, mas relutante em assumir responsabilidades por ela.

Outra causa de desconfiança e reserva por parte das comunidades reside no extraordinário autocentrismo de alguns projectos de cuidados de saúde, pelo menos dos 7 que eu estudei. Os agentes encarregues dos cuidados primários de saúde estão intimamente convencidos de que sabem o que melhor convém às comunidades. Não se preocupam nada em estudar com seriedade as prioridades existentes. Nem sequer admitem que as comunidades lhes exponham as suas próprias concepções dos problemas. O cinismo dos burocratas da saúde torna-se, neste aspecto, ingénuo. Aos seus olhos, a "participação" consiste em obter das comunidades o financiamento dos projectos concebidos à distância. Ora nunca haverá um programa de cuidados primários de saúde verdadeiramente eficaz se a comunidade não definiu as suas próprias prioridades, se não foi ela própria a escolher entre as estratégias possíveis e se não tomou em mãos a sua execução.

Os agentes de saúde têm um papel específico a desempenhar, já que as comunidades não possuem os conhecimentos técnicos que lhes permitam prever todas as consequências das suas opções. Ao analisar os problemas com os trabalhadores da saúde e colocar questões quanto à prioridade dos

equipamentos e ao desenvolvimento do programa, a comunidade está a fortalecer o seu controlo sobre os factores que determinam as suas condições sanitárias. Esta seria a minha definição de participação.

**V**illa el Salvador, um bairro de lata a cerca de 13 km do centro de Lima, constitui um bom exemplo do que pode ser feito. Aqui, como em outras cidades da América Latina, afluem periodicamente autênticas ondas humanas, à medida que as economias rurais se aprofundam, e ocupam "ilegalmente" os baldios.

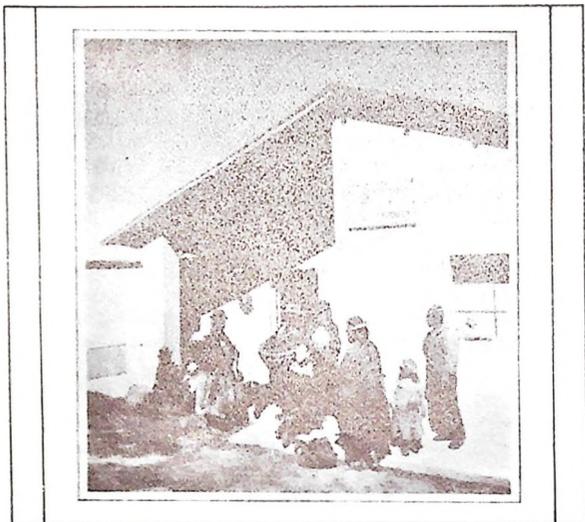
Desde o primeiro ano de existência de Villa el Salvador (isto é, em 1972), os seus habitantes uniram-se para resistir ao cerco das forças da ordem e se defenderem contra os ladrões. Criaram "comités de vizinhança" e construíram cabanas de esteira, escolas e um dispensário, puseram de pé um sistema de estrumeiras e resolveram o problema da água.

A saúde tornou-se um assunto importante nas discussões semanais dos "comités de vizinhança", pois não havia nenhuma assistência oficial para os primeiros 50.000 habitantes da zona. As mulheres davam à luz sem qualquer assistência médica. Muitos recém-nascidos morreram de diarreia, calor abrasador, falta de água e ausência de condições mínimas de higiene.

Os "comités de vizinhança" chegaram à conclusão de que necessitavam, antes de mais, de um hospital. Por cada quarteirão de 24 casas foi designado um representante responsável pelos problemas da saúde e encarregado de levar a cabo manifestações sociais: bailes, quermesses, etc., com o objectivo de recolher fundos para a construção do hospital. Colectivizaram e centralizaram medicamentos nas "farmácias populares" onde, em caso de necessidade, se podiam obter grátis. As queimadas das estrumeiras e a limpeza das ruas deviam fazer-se aos domingos. Estas foram as primeiras iniciativas espontâneas da população no domínio da saúde.

Mais tarde, foi constituído um conselho de saúde, formado por 60 representantes dos quarteirões que, com o apoio de professores e estudantes de Medicina da Universidade de S. Marcos de Lima, estabeleceu um programa sanitário.

Este plano tinha como base um diagnóstico do estado de saúde da comunidade, estabelecido pelos próprios *vecinos* (vizinhos, moradores).



Quando travei conhecimento com o projecto em 1978, ou seja, 6 anos após a fundação de Villa el Salvador (cujo número de habitantes ultrapassava por essa altura os 130.000), a maior parte dos representantes tinha recebido uma formação de auxiliares de saúde. Tinha sido construído um centro de saúde comunitária e diversos programas tinham sido levados a cabo. Embora aí trabalhasse um pequeno grupo de médicos e enfermeiros profissionais, continuava a ser a comunidade a responsável plena pelos programas.

O projecto tinha gerado um vasto debate sobre a saúde entre os habitantes do bairro de lata. Um deles afirmou-me que, segundo ele, "a saúde consiste em dispor de todos os meios necessários para lutar vitoriosamente contra a injustiça social". E não era nem um político nem um agente de saúde.

O programa não só sensibilizou a população para os problemas sanitários, mas ensinou-a a organizar-se por si própria. O centro hospitalar veio a tornar-se o principal centro das actividades comunitárias; na altura da minha estada, os outros sectores, principalmente a produção (empresas colectivas)

e no comércio (lojas e mesmo um banco comunitário), tinham interrompido temporariamente as suas actividades.

**E**ste artigo tem por título: "O mito dos cuidados primários de saúde". Os mitos não resultam, em geral, de acontecimentos históricos precisos. O importante é a mensagem que transmitem. É o mesmo com os cuidados primários de saúde. Como no caso dos mitos, podemos pôr a sua existência em questão. Um sistema de cuidados sanitários, concebido expressamente para os pobres, é pouco desejável, pois corre-se o risco de criar para os pobres um sistema "a baixo custo" e de manter um serviço caro e tecnicamente complexo reservado para os ricos. Ora, o que deveria existir era um único sistema de cuidados de saúde para todos.

A desigualdade no que se refere à saúde e ao acesso aos serviços de saúde é uma consequência da desigualdade da estrutura do poder, a qual resulta por sua vez da permanente apropriação dos recursos dos pobres pelos ricos. Assim, a atenção dada aos cuidados primários de saúde deve-se avaliar não só pela sua eficácia no plano médico, mas também pela sua eficácia no plano político.

As comunidades que até aqui só muito marginalmente tinham acesso a serviços sanitários condignos começaram a perceber o seu impacto libertador. É possível que elas não conheçam o vocabulário apropriado para o exprimir, é possível que elas não falem, por exemplo, de "redistribuição" ou de "emancipação", mas a sua tomada de consciência é evidente, através do acolhimento prestado aos programas de cuidados primários de saúde. Se estes são elaborados e dirigidos por elementos exteriores, não irão desaguar de certeza na emancipação; a comunidade permanecerá "passiva". O pessoal sanitário falará então de "resistência à mudança", mas na realidade a passividade não é outra coisa senão o sinal de que a comunidade não está a contar tirar nenhum proveito concreto dos programas.

Pessoalmente, enquanto parte do pessoal de saúde, sou levado a crer que as comunidades têm uma inteligência mais aguda das implicações dos cuidados primários de saúde, do que a maior parte dos meus colegas e de eu próprio. ●

*Fritz Muller*

## AS ESTAÇÕES E A SAÚDE NO MEIO RURAL

Nas regiões tropicais e subtropicais, o tempo mais difícil do ano para os pastores é a estação seca, em que pouca água encontram para os animais. Mas para todos os outros camponeses, a maioria, o período mais duro é a estação húmida, entre o início das chuvas e o fim da colheita. Os alimentos escasseiam e o seu custo é muito elevado, as economias esgotam-se e o trabalho agrícola é difícil. As chuvas tropicais favorecem a proliferação de transmissores de doenças, como os mosquitos, e a propagação de infecções provocadas por fungos e bactérias. Multiplicam-se os casos de diarreia quando as chuvas arrastam as fezes para reservas de água não potável. Muito frequentes são ainda os casos de paludismo, a febre "dengue", o verme da Guiné, as infecções cutâneas. Sob o efeito do calor e da humidade, os alimentos contaminam-se com facilidade. A população enfraquecida pelos trabalhos penosos e pela subalimentação a que está entretanto sujeita oferece ainda menos resistência à doença.

As mulheres e as crianças tornam-se particularmente vulneráveis. As camponesas costumam deixar de amamentar quando chegam as primeiras chuvas, o que leva a que a dieta infantil se torne menos nutritiva. Muitas mulheres chegam ao fim do seu período de gravidez nesta altura, pois a grande maioria dos bebés é concebida nos meses que se seguem à colheita. Executar trabalhos pesados é perigoso não só para a mãe neste estado adiantado da gravidez, mas para o próprio bebé que vai nascer.

São os camponeses pobres que acarretam com o peso das estações. Têm de assegurar a sua subsistência para o futuro; os camponeses sem terra aceitam qualquer trabalho a troco de algum salário. Esta é a época do ano em que os pobres se tornam ainda mais pobres. Basta que a reserva de alimentos se esgote ou a doença bata à porta para que tenham de vender tudo o que possuem ou endividarem-se.

Sabe-se pouco dos problemas relacionados com a estação húmida, porque a maior parte dos inquéritos de saúde rural são efectuados durante a estação seca, quando as deslocações são mais fáceis. Os agentes de saúde, formados na sua maioria nas cidades, apenas têm uma ideia muito vaga do que é cada estação do ano. Algumas das medidas a tomar, para atenuar a sua incidência sobre a saúde, são bem conhecidas, a questão é que algumas levantam por sua vez outros problemas. A irrigação permite regularizar o abastecimento de água. O trabalho migratório permite aumentar as reservas para a estação húmida, mas os benefícios obtidos não compensam automaticamente os inconvenientes que provoca. Entre várias medidas úteis, citemos a instalação de creches temporárias para as crianças cujas mães têm de trabalhar, e todas as técnicas susceptíveis de aliviar a mulher dos vários trabalhos gratuitos que lhe incumbem, como por exemplo a tarefa de ir buscar água. Seria muito desejável que os agentes de saúde tomassem conhecimento das particularidades de cada estação do ano e abastecessem os seus centros de saúde no meio rural em função das épocas mais difíceis.



**N**a Guiné-Bissau, mobilizar o povo para não aceitar as condições de vida que lhe tinham sido impostas pelo colonialismo, foi a chave da luta conduzida pelo movimento de libertação e contribuiu muitíssimo para o acesso do país à independência em 1974. Mais tarde, no prosseguimento das estratégias de desenvolvimento, a mobilização popular manteve-se na ordem do dia para a alteração das condições do país, principalmente no sector da saúde.

Os responsáveis pela saúde na Guiné Bissau lançaram um programa nacional, no âmbito do qual os agentes de saúde ajudariam os camponeses a resolverem eles próprios os seus principais problemas sanitários. Perante taxas de mortalidade infantil de crianças de menos de 5 anos que atingiam o limiar dramático de 40 a 50%, seria fácil fortalecer a adesão popular à política governamental e conseguir que a mobilização se estendesse a outros domínios, uma vez que estas taxas alarmantes fossem reduzidas. Em contrapartida, serviços e projectos de saúde que não tragam resultados visíveis, arriscam-se a criar novos problemas em vez de resolver os existentes, por mais bem intencionados que sejam. Um fracasso nesta matéria levará facilmente os camponeses a pensar que as autoridades não estão realmente interessadas em resolver os seus problemas. Não é pois possível mobilizar energias para um projecto de saúde se não se atingem as causas da deterioração da saúde e de uma mortalidade elevada.

Ora precisamente para melhor conhecer estas causas, o Ministério da Saúde da Guiné-Bissau elaborou um projecto de investigação interdisciplinar com o apoio financeiro da SAREC (Agência sueca de cooperação em investigação com os países em vias de desenvolvimento). Foram efectuados inquéritos sobre o valor nutritivo do regime alimentar numa cidade e em 5 regiões rurais, representativas dos principais grupos étnicos e zonas ecológicas do país. Com o fim de obter uma estimativa precisa das taxas de mortalidade infantil, bem como do impacto de algumas medidas de acção preventiva, iniciou-se o estabelecimento de estatísticas oficiais de nascimentos e óbitos nestas mesmas regiões.

O projecto centrou-se, inicialmente, nos problemas relacionados com a produção e o abastecimento e os hábitos alimentares, pois pensava-se que a gravidade das infecções que levava a uma tão forte mortalidade infantil era devida à subnutrição. Mas cedo se constatou que se tornava difícil determinar exactamente a incidência de qualquer alteração nas práticas de alimentação. Acabou por se concluir que, dadas as actuais condições da Guiné-Bissau, não se ganhava muito em melhorar os hábitos de nutrição, como introduzir rapidamente uma alimentação complementar ou fazer aumentar o número de refeições por dia. Em contrapartida, infecções frequentes têm uma influência evidente no estado de nutrição das crianças e assim tornava-se urgente combater as causas das altas taxas de infecções. Estas eram particularmente elevadas em famílias numerosas e em lares poligâmicos com muitas crianças pequenas, o que levava a supor que uma superlotação habitacional é prejudicial à saúde. Esta opinião foi confirmada pela elevada taxa de mortalidade nesses lares.

Uma terrível epidemia de sarampo que vitimaria 18% das crianças atingidas viria pôr em evidência, no decurso do inquérito efectuado, a importância relativa do excesso de povoamento e de subnutrição. O estado de nutrição anterior à epidemia tinha pouca ou nenhuma relação com a probabilidade de sobrevivência. Significativo foi o facto de a taxa de mortalidade ser muito mais elevada nas casas em que várias crianças tinham contraído sarampo ao mesmo tempo. Paralelamente, verificou-se que uma vacinação sistemática contra o sarampo provocava uma diminuição sensível na mortalidade infantil.

Das investigações efectuadas concluiu-se assim que muito provavelmente seria preferível combater em primeiro lugar a superlotação habitacional, antes de introduzir práticas de nutrição melhoradas. Não há dúvida de que se torna difícil modificar a morfologia da família e as normas tradicionais

da construção de habitações, e mais estudos terão de ser levados a cabo para definir de uma forma precisa os factores que têm um efeito negativo sobre a saúde. Todavia, do ponto de vista da participação popular, é mais racional promover alterações que tragam resultados visíveis — mesmo se o processo for longo e árduo — do que divulgar inovações facilmente aceitáveis mas que, na verdade, tenham um impacto mínimo.

As conclusões deste projecto contradizem, pois, a tese segundo a qual intervenções a nível da nutrição têm um papel muito importante na redução da mortalidade. Do ponto de vista metodológico, as investigações efectuadas neste projecto são mais seguras do que algumas outras realizadas sobre o mesmo tema (ver na bibliografia abaixo, Gwatkin e col.). Contudo, pode sempre argumentar-se que as condições deste país são, porventura, diferentes, que a subnutrição é possivelmente inferior e que portanto se torna menos importante enquanto factor determinante.

Seja como for, a principal conclusão mantém-se válida. Se se quer mobilizar uma comunidade para melhorar o seu estado de saúde, esta mobilização terá de se centrar em questões cruciais, em que esteja em jogo a vida e a morte. Reduzir a participação da comunidade a ritos e a intervenções que não arrastam consigo mudanças profundas explica aquilo a que chamamos "fracasso da participação popular na acção sanitária". Para determinar quais são, em cada caso, as chamadas questões cruciais, há que analisar as necessidades locais. Estatísticas locais dos nascimentos e óbitos podem servir de ponto de partida para esta análise. Pormenores sobre os métodos de elaboração podem ser pedidos aos autores do relatório (ver bibliografia, Aaby e col.). ●

#### Extracto de um estudo

---

---

#### Referências bibliográficas

Gwatkin, D.R., e col., "Que esperar das intervenções no domínio da saúde e da nutrição?", *Forum Mundial da Saúde*, OMS, Geneve, Vol.2, nº 1, 1981 (editado em francês, inglês, árabe, chinês, espanhol e russo).

Aaby P., e col., *Child Mortality in Guinea-Bissau: Malnutrition or Overcrowding?*, Institute of Ethnology and Anthropology, Copenhagen University, Frederikholms Kanal 4, DK-1220 Copenhagen K, Danemark, 1981 (apenas em inglês; preço: EUA \$6).

---

---

# Saneamento e desenvolvimento rural



por Piers Cross e Neil Andersson

O objectivo das instalações sanitárias é permitir a evacuação dos excrementos em condições de higiene. Nos países pobres, três em cada quatro pessoas não possuem instalações sanitárias, sendo a percentagem de 90% no meio rural e de 50% no meio urbano. Nos últimos 20 anos, o ritmo do aumento populacional é superior ao número de pessoas que pela primeira vez dispõem de instalações sanitárias. Segundo dados da OMS, o número de pessoas que vivem sem condições de saneamento passou de 1.350 milhões em 1975 para 1.730 milhões em 1980.

## Condições sanitárias impróprias e doenças

Mais de 50 doenças estão relacionadas com más condições sanitárias. Elas são transmitidas quer por mãos, alimentos ou utensílios de cozinha mal lavados, quer pela ingestão de água contaminada ou pelo contacto com a pele. Algumas moscas e mosquitos, transmissores de infecções, podem reproduzir-se nos excrementos.

As doenças mais correntes transmitidas pelos excrementos são as parasitoses intestinais (e outras variedades específicas de certas regiões); as complicações diarreicas, principalmente a cólera, febre tifóide, paratifoide, salmonelose e amebíase; e outras, tais como a bilharziose, a hepatite infecciosa, a leptospirose e o tracoma.

Segundo a OMS, 80% destas doenças são provocadas pela água ou por más condições sanitárias. Na Índia, onde mais de metade da população não possui instalações aceitáveis para evacuar os desperdícios, a falta de higiene é responsável, de uma forma ou de outra, por 40% das doenças, tratadas nos dispensários públicos. Na Nicarágua, com uma população de 60% de camponeses e em que 60% não têm condições de saneamento ou não dispõem delas em número suficiente, 80% dos habitantes têm parasitas intestinais. No Panamá, mais de metade da população não tem qualquer sistema de evacuação de excrementos e a mortalidade deve-se, na mesma proporção, a doenças transmitidas através da água. As diarreias e as enterites causadas por um ambiente poluído são a principal causa da morte das crianças, com idade inferior a 5 anos, na maior parte dos países do Terceiro Mundo.

A relação entre a higiene e a saúde é bem mais profunda do que a transmissão de infecções. A ausência de higiene é, como a subnutrição, a dependência e a impossibilidade de ter acesso às fontes do saber, um dos aspectos da pobreza. A conjugação destes factores está bem documentada no exemplo que se segue, da África do Sul, sociedade tristemente conhecida pelas suas desigualdades minuciosamente regulamentadas. Os serviços sanitários e sociais, em que se englobam os serviços de higiene, reflectem essas desigualdades.

Tomemos o caso de uma cidade qualquer -Vereeniging, por exemplo); 98% das habitações ocupadas por brancos têm acesso a um sistema de eliminação de águas residuais, caro e eficaz. Mas 93% das famílias negras têm de se contentar com o sistema de despejo à distância, o que é insatisfatório e anti-higiênico. As consequências sanitárias são facilmente previsíveis: nas regiões urbanas, 99% das crianças negras têm parasitas, contra apenas 6% entre as crianças brancas da mesma idade. Iniciativas locais susceptíveis de constituírem uma ameaça a esta situação de privilégio dos brancos são reprimidas sem piedade.

Existem, noutros países, exemplos deste tipo, porventura menos flagrantes, da repartição desigual dos recursos, especialmente evidentes entre o campo e a cidade.

## Saneamento e saúde pública

Apesar da bem documentada relação entre fezes não convenientemente eliminadas e doença, o impacto exacto do melhoramento das condições sanitárias não é muito fácil de determinar. Estudos recentes efectuados em vários países assinalam uma sensível regressão da doença: por um período de 15 a 20 anos, casos de tifoide teriam diminuído de 60 a 80%, de cólera de 80%, de ascariose e parasitose de 50%, de bilharziose cerca de 50%. O saneamento é pois uma das condições indispensáveis para a melhoria da saúde e deveria ser um dos elementos essenciais do desenvolvimento rural. Na prática, porém, os países do Terceiro Mundo vêm-se obrigados a repartir os poucos créditos por vários sectores e a estabelecer prioridades. As principais medidas de saúde pública que entram em concorrência com o saneamento são os programas de abastecimento de água e de vacinação. O abastecimento de água é em geral mais dispendioso do que o saneamento e implica habitualmente o apoio de técnicos estrangeiros. Os trabalhos de saneamento, embora saiam mais baratos e dispensem a utilização de técnicos estrangeiros, muito raramente se lhes atribui importância no desenvolvimento rural. Ensaios controlados, levados a cabo nas Filipinas entre 1968 e

1972, demonstraram que os riscos de cólera foram 3,1 vezes inferiores em locais onde havia saneamento, 3,7 inferiores em locais servidos por abastecimento de água e 4,2 inferiores em locais onde as duas medidas tinham sido aplicadas em conjunto. Este inquérito prova que o saneamento pode contribuir para a melhoria da saúde a uma escala idêntica à do abastecimento de água e a custos inferiores. Os programas de abastecimento de água levantam outros problemas: para reduzir substancialmente os riscos de propagação de doenças é preciso provavelmente instalar canalizações; ora se estas não ficam bem instaladas e não forem bem conservadas podem produzir-se fugas, as instalações podem poluir-se e mesmo aproximar dos habitantes os focos de infecção.

A vacinação é outra concorrente do saneamento quanto à obtenção de fundos, nos programas de luta contra as doenças infecciosas. É um facto que, por exemplo, a vacinação em massa contra a febre tifóide, que imuniza durante alguns anos, traz vantagens a longo prazo e tem efeitos imediatos. O saneamento, porém, tem vantagens a mais longo prazo e efeitos múltiplos. A sua tecnologia é talvez mais facilmente dominada e adaptada à situação local. Ele pode assim reduzir progressivamente a dependência em relação ao Governo nacional ou aos organismos internacionais e representa uma contribuição substancial para o desenvolvimento rural.

## Técnicas de saneamento

Graças às mutações sociais, os dispositivos indígenas de eliminação das fezes tornaram-se antiquados e impraticáveis em muitos países do Terceiro Mundo. O desenvolvimento e a expansão demográfica criaram novas concentrações populacionais que têm necessidades diferentes em matéria de saúde pública: a escolarização obrigatória, por exemplo, ao concentrar as crianças, torna indispensáveis sistemas melhorados de evacuação. É necessário lançar mão de técnicas mais complexas, pois as soluções tradicionais, como retretes ao ar livre, são completamente inadequadas.



## Latrinas ventiladas modernas no Zimbábue

O Zimbábue está a tomar muito a sério o saneamento das regiões rurais, particularmente no que respeita a instalações sanitárias. Um programa trienal ambicioso visando a construção de 60 000 latrinas está em andamento.



Alguns melhoramentos baratos que beneficiam as fossas vulgares tornaram estas latrinas mais seguras e cómodas. A fossa não está colocada mesmo por baixo de um retrete, o que a torna mais estável e reduz os riscos de queda, um tubo de ventilação leva o cheiro para o exterior e as moscas são atraídas para fora e não para o interior da latrina. O ar é empurrado através do tubo de arejamento pelo efeito do calor resultante da fermentação. O tubo, por sua vez, é pintado de preto, im-côr que absorve o calor, e a expulsão do ar aquecido é assim facilitada. Uma rede contra moscas, colocada no cimo do tubo de arejamento, impede a entrada e saída de moscas. As que se encontram na fossa são atraídas para a luz e fogem pelo tubo de arejamento de baixo custo acumular em à volta da retrete. Uma inovação tanzaniana de baixo custo posta em prática no Zimbábue — uma rede contra mosquitos instalada sobre o buraco da retre — beneficia-a. Os mosquitos são mais atraídos pelos cheiros humanos do que pela claridade, de modo que tentam voar para o buraco que fica aberto.

Há vários modelos de latrinas melhoradas. A que melhor se adapta à região rural tem uma superestrutura em espiral, não tem porta e é feita de barro e de lama. O seu custo é inferior a US\$10 cada (ver esquem na pág. 20).

O ministério da Saúde (Box 8204), Harare, Zimbábue) está encarregado da execução deste programa.

A tecnologia do saneamento foi durante muito tempo domínio dos engenheiros. Até há pouco tempo, achava-se normal que as instalações sanitárias dos países do Terceiro Mundo copiassem o modelo das dos países industrializados onde, logicamente, se tinha optado por sistemas de diluição hidráulica. A transferência destas técnicas para os países em vias de desenvolvimento foi um desastre. Os modelos exportados exigiam grandes investimentos, não tomavam em conta nem as necessidades nem os recursos das economias locais e pressupunham uma infraestrutura moderna, cuja manutenção implica profundos conhecimentos técnicos. Por volta de meados dos anos 60, tornou-se evidente que as soluções ocidentais não se adaptavam nada a cidades como Calcutá na Índia, por exemplo, onde os esgotos abrem conti-

nuamente fugas, transbordam, entopem, queimam créditos preciosos à saúde pública para fornecer um serviço que é medíocre e que contempla apenas uma pequena fracção da comunidade. Nas regiões rurais esta inadaptação é ainda mais patente.

De há uns anos para cá, surgiu um fluxo de tecnologias "apropriadas" ou "intermédias" que tentaram ocupar o vazio existente entre as técnicas indígenas e as técnicas importadas de custos mais elevados. Algumas trazem grandes esperanças para as regiões rurais do Terceiro Mundo. Existe hoje uma gama de sistemas de evacuação de matérias fecais: fossas, latrinas de poço, retretes que transformam as fezes em adubo, sistemas de transporte e estabilização dos despejos, produção de algas e plantas aquáticas, produtos de biogás e fábricas de adubo (os trabalhos citados no anexo contêm informações mais completas sobre técnicas e métodos de construção).

As tecnologias intermédias caracterizam-se pela exigência de um alto coeficiente de mão-de-obra, dão prioridade às iniciativas de pequena escala, são simples e acima de tudo pouco dispendiosas. Esta última característica, no entanto, apoia-se numa noção que é falsa: a de que a melhor forma de os camponeses participarem é cavar buracos na terra. Verificou-se que o entusiasmo suscitado por este tipo de sistemas coincidiu com a recessão económica dos finais dos anos 70 e princípio dos anos 80, em que a primeira preocupação daqueles que detinham os cordões da bolsa era apertá-los. Não temos nada contra as técnicas de baixo custo e elas podem ter, muitas vezes, uma vantagem substancial em comparação às que exigem custos muito pesados, mas não é apenas reduzindo a exigência de capitais que se encontra uma resposta para as necessidades dos camponeses. As grandes questões que se põem são: quem escolhe a tecnologia? quem a desenvolve? quem controla a sua aplicação?

## Participação comunitária

Grosso modo, podemos agrupar a participação comunitária no saneamento rural em três categorias. Primeiro, há as grandes obras públicas de saneamento, nas quais a participação popular mais não é do que uma figura de estilo. Há, em segundo lugar, os projectos de saneamento que englobam, a diversos níveis, uma participação da comunidade, com o objectivo de conseguir que a colectividade colabore na extensão das instalações sanitárias. Há, em terceiro lugar, os projectos de saneamento que constituem em si próprios um meio de mobilizar a população local com vista à transformação radical da sociedade.

## Uma participação comunitária meramente formal

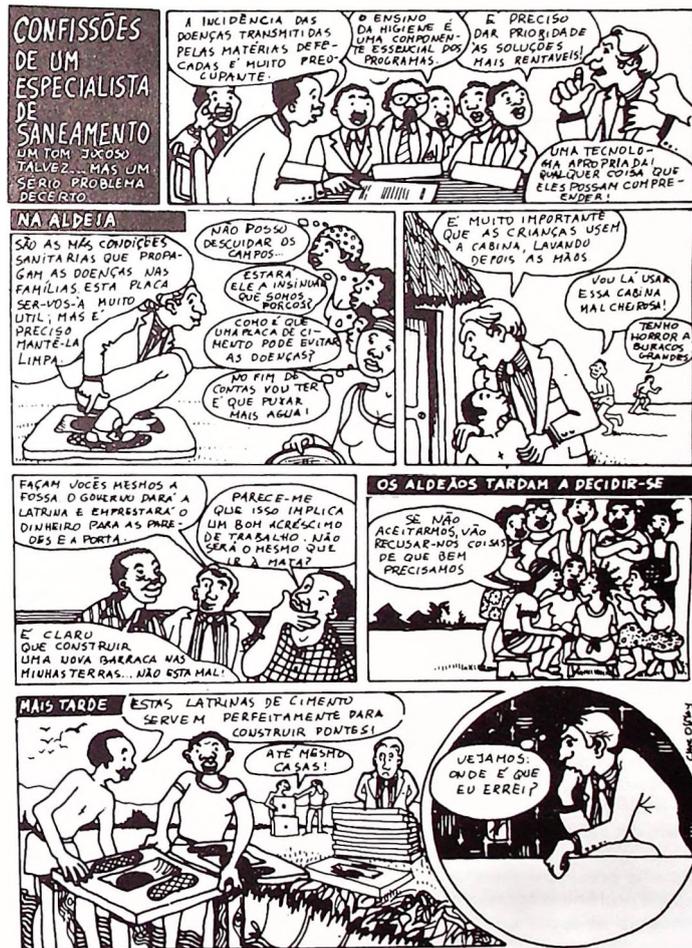
O índice excepcionalmente elevado de fracassos em muitos programas de saneamento põe em evidência as deficiências das soluções técnicas planeadas nos serviços centrais e apresentadas com um lindo discurso. No que respeita à participação comunitária, não se prevê, na maior parte dos casos, qualquer financiamento (supõe-se que a mão-de-obra será sempre gratuita, logo a participação popular está conotada com um sistema de baixo custo).

Em certo país africano, um programa de saneamento das escolas primárias, cuja execução foi confiada à população local, redundou num enorme fracasso. O plano dos trabalhos, elaborado sem estudo prévio do terreno, baseava-se numa estimativa exterior das necessidades, sem ter em conta as opiniões dos camponeses e dos alunos, nem mesmo os preconceitos locais quanto à utilização de latrinas. E no entanto contava-se que os alunos e os camponeses trabalhassem gratuitamente neste projecto. No final da primeira fase do programa, estava previsto que 60% das escolas estivessem já apetrechadas com latrinas, mas apenas 8% estavam nestas condições dois anos após o final desta primeira fase. Ao fim de algum tempo a maioria das instalações estavam num estado lastimável e, mesmo as que se mantinham em bom estado, só eram utilizadas por uma pequena percentagem dos alunos.

Muitos outros programas de saneamento, aplicados segundo o mesmo método, acabaram da mesma maneira. Este processo leva à adopção de técnicas desapropriadas, descuida o enquadramento local e pode provocar movimentações sociais imprevisíveis. No sub-continento indiano, por exemplo, ao difundir os sistemas de biogás entre os lavradores ricos, estava-se a privar os pobres (que não possuem animais) de um precioso combustível doméstico que eles obtinham gratuitamente. Por outro lado, em muitas culturas, o acto de defecção deve estar envolvido em segredo e é objecto de tabus profundamente enraizados. Nas Honduras, é hábito as mulheres não utilizarem as mesmas latrinas que os homens; e ainda em casa só as mulheres podem ir à retrete familiar. Em muitas regiões africanas, o sogro não pode utilizar as mesmas instalações que as noras. Noutras sociedades é indecente uma pessoa "aliviar-se" sobre as fezes de outro. As fórmulas de desenvolvimento em que a participação local é apenas fachada, passam ao lado destes factos.

## Participação comunitária — uma tática para favorecer a utilização das instalações

Uma outra perspectiva que, aliás, é a do Decénio Internacional da Água e do Saneamento Básico (1981-1990), reconhece que um projecto tem mais



hipóteses de ser aceite se a população está associada a ele e considera importante a participação da comunidade na sua elaboração e execução. A participação popular é, neste caso, considerada como um meio e o saneamento como um fim.

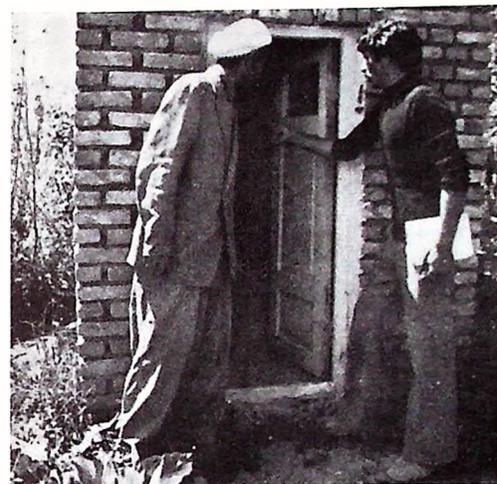
O programa de fornecimento de água às aldeias do Malawi constitui um dos raros programas nacionais com êxito e beneficia do apoio activo da colectividade. Serviu de modelo a programas análogos de abastecimento de água e saneamento noutros países. A sua força reside no facto de ter sido levado a cabo por pessoal bem treinado, constituído sobretudo por assistentes de terreno e inspectores que discutem com as comissões de camponeses e fornecem apoio técnico à construção e manutenção dos trabalhos.

No Paraguai, a descentralização levada a cabo desde 1972 permitiu pôr de pé um processo de execução de projectos relativos a água e saneamento que constam de visitas de campo, debates e inquéritos públicos, estabelecimento de uma infraestrutura operacional, promoção e realização de projectos. Na Guatemala, seguindo o mesmo princípio, criou-se um quadro de técnicos de hidráulica rural, encarregados de desenhar os planos, instalar e manter a canalização de água e as latrinas.

Uma das características deste processo é contar com a educação sanitária para complementar o desenvolvimento técnico. No entanto, a educação para a saúde é muitas vezes recheada de paternalismo e acaba por promover a dependência. A categoria de inspector sanitário, herdada do colonialismo britânico, e cuja função é "levar os camponeses ignorantes, pela persuasão, a modificar a sua maneira de agir", está ainda muito espalhada por África. No Gana, a sua imagem é a de um fiscal, sendo uma das suas funções aplicar sanções contra os que violam as normas sanitárias melhoradas (de facto, a palavra local é "samansamar" que significa "fiscal").

Uma educação sanitária que se baseia num troca de conhecimentos entre parceiros que se reconhecem iguais, e mutuamente enriquecedora, é sem dúvida a mais fecunda. Existem métodos criativos, não autoritários, para promover a higiene pública. Emissões radiofónicas de divulgação seguidas por grupos de estudo, tiveram um impacto considerável. Um teatro popular que tinha como objectivo sensibilizar a população para vários problemas, sobretudo o saneamento, teve muito sucesso no Botswana. Uma variedade de métodos pedagógicos foram introduzidos com êxito na Nigéria, para encorajar a utilização e emprego de instalações públicas (retretes, banhos e lavadouros).

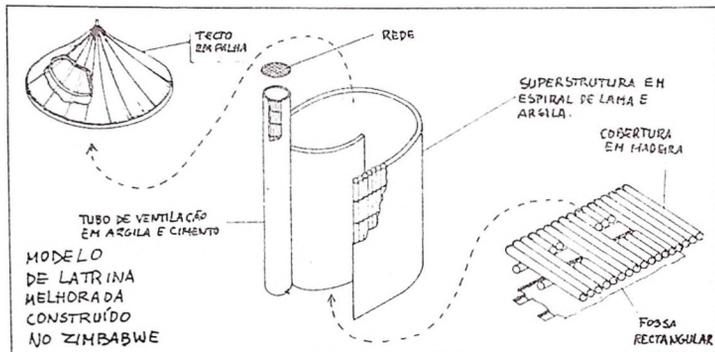
Estes exemplos mostram os excelentes resultados que podem advir de



uma participação organizada da população.

Não deixa de ser significativo que muitos programas bem sucedidos tenham reconhecido que a participação comunitária não pode substituir uma boa administração. É sempre necessário examinar cuidadosamente como é que vão ser geridos os recursos e qual será a estrutura e as funções da administração local. Para associar eficazmente uma população à gestão de um programa é necessário, provavelmente, levar a cabo sob responsabilidade de um organismo exterior, um trabalho profundo de divulgação.

Noutros casos, os progressos foram mais esporádicos, pois um processo deste tipo tem sempre os seus problemas. Muitos êxitos aparentes são ainda mais recentes e não passaram ainda a prova do tempo. Por outro lado, os poderes públicos fazem-se caros no financiamento de despesas renováveis ligadas às tarefas de promoção de um programa de saneamento. Os esforços concertados levados a cabo para estimular a participação comunitária acabam por vezes por aumentar excessivamente os custos reais de uma tecnologia barata. Mais uma crítica grave: os poderes públicos, depois de elaborarem um programa complexo e caro para permitir às comunidades participar na execução de um projecto, recusam-lhe muitas vezes o direito de cooperar na concepção e na escolha da tecnologia a adoptar.



### Participação comunitária e mudança social

Uma terceira perspectiva, raramente mencionada nos meios que mexem com desenvolvimento sanitário, baseia-se em premissas segundo as quais o saneamento é um instrumento eficaz para mudar as estruturas da sociedade. Ele consegue ao mesmo tempo melhorar a saúde da comunidade e favorecer transferências de tecnologia em seu benefício. Este torna-se assim um polo de mobilização dos recursos rurais, um meio de intensificar a interação e as mudanças sociais.

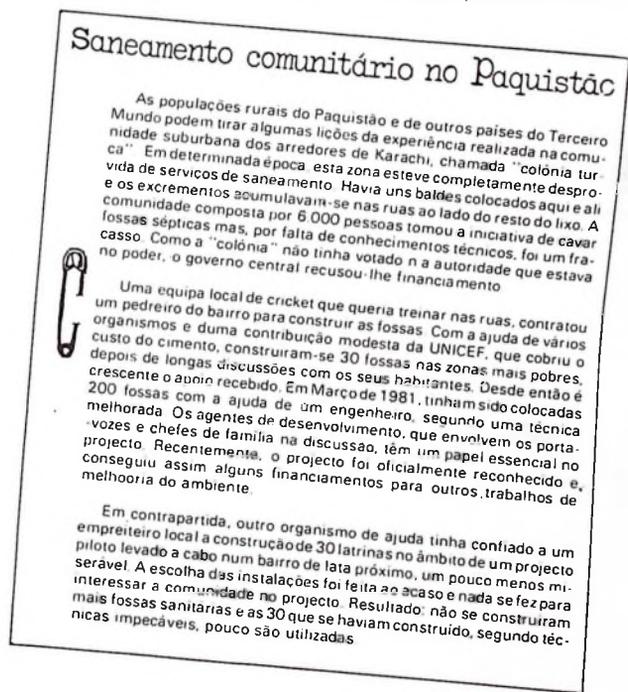
Existem precedentes históricos deste processo na China, em Cuba e no Vietnã. Pouco conhecidos no Ocidente, estes grandes programas de saneamento dão aparentemente melhores resultados que os programas clássicos de obras públicas. Nasceram no brotar de uma revolução social e constituem um dos aspectos dos esforços feitos para eliminar as desigualdades tradicionais do campo. Outro exemplo é o de Moçambique, onde a construção de latrinas foi uma das primeiras iniciativas sanitárias tomadas à escala das aldeias e que foram objecto de uma intensa propaganda a seguir à independência. Também no Zimbábue, a construção de latrinas é um ponto importante do desenvolvimento sanitário. (Ver pág. 17)

É evidente que o saneamento pode obrigar a população a assumir as suas responsabilidades, mas esta acção deve basear-se nos princípios da participação democrática e de uma administração local bem estruturada. As sociedades não evoluem todas ao mesmo ritmo, não podemos por isso esperar que

os programas nacionais se adaptem a todas as situações. Pelo contrário, é possível orientar todas as iniciativas locais na mesma direcção.

A investigação participativa vem adquirindo uma importância crescente no domínio da saúde pública. Mais uma vez, trata-se de saber quem escolhe, executa e supervisiona as tecnologias, se elas fortalecem a independência e se a participação é elitista ou popular. A uma prévia análise local das prioridades, e depois de um exame das soluções possíveis, segue-se a execução de um programa de acção realizável.

Muitos outros obstáculos têm, naturalmente, de ser considerados. As elites locais podem bloquear ou esvaziar a participação popular. Os promotores do projecto podem deixar que os seus próprios interesses de classe influenciem nas suas relações com a comunidade local. Os preconceitos desta



podem, por sua vez, ter uma acção paralisante e os tabus serem um entrave concreto ao desenvolvimento da tecnologia (por exemplo, o estatuto da mulher, da criança). A escassez de fundos pode fazer abortar um projecto. Alguns erros de método por inexperiência podem levar a que todo o projecto fique desacreditado. Finalmente os interesses comerciais que entram sempre neste jogo de programas de desenvolvimento podem inflectir-lhe a dinâmica, de modo a torná-los rentáveis.

Ignorando as fórmulas clássicas da participação comunitária, uma equipa em trabalho com índios de língua *cree* no Canadá tentou empenhar a comunidade no seu conjunto na análise dos problemas e na formulação de um programa de acção. O tema em causa era a poluição do Lago Big Trout, donde os índios extraem a maior parte da sua alimentação, poluição essa causada pelo fluxo de evacuação de um outro povoado próximo. No decurso do trabalho, foram postos em prática vários princípios da investigação participativa.

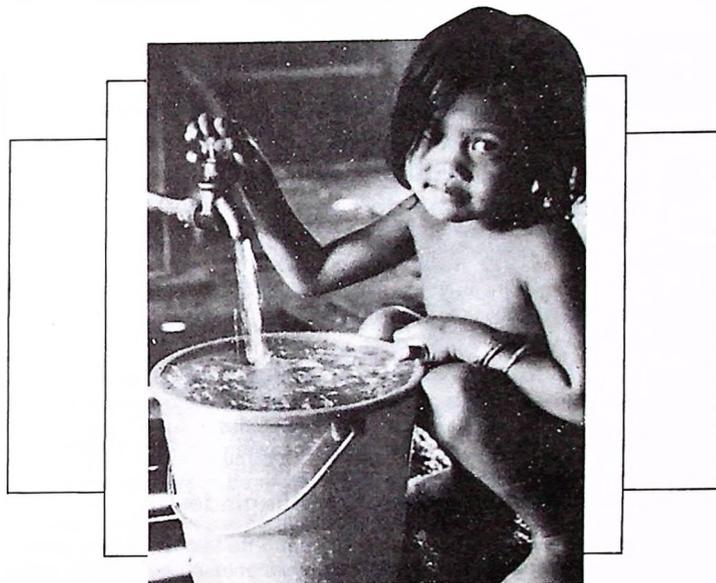
A investigação inicial teve, como objectivo central, estabelecer o inventário pormenorizado das tecnologias locais existentes e determinar quem teve acesso a este ou àquele tipo de instalação. Estas tecnologias, a par de outras que não sendo locais eram apropriadas, foram apresentadas para estudo e reflexão; elas constituíram o tema de reuniões públicas, grupos de estudo, entrevistas individuais e questionários colectivos, seminários, documentação visual (fotografias, desenhos, etc.), mesmo de psicodramas. Partilhando e enriquecendo os conhecimentos locais, foi possível romper o monopólio dos agentes de fora. Sucessos deste tipo, mesmo que modestos, conseguidos com este método, permitem que a população local se afirme e desenvolva as suas capacidades.

As técnicas que são aplicadas no saneamento local das zonas rurais permitem, muito particularmente, um tal processo (alguns princípios fundamentais a ter em consideração nos planos de saneamento rural vêm enumerados no anexo).

## Conclusões

A adesão da população local, o seu apoio efectivo e a sua criatividade são, sem sombra de dúvida, elementos absolutamente essenciais para que um plano de saneamento rural seja um êxito. Muitas vezes o saneamento é exclusivamente olhado sob o ângulo da higiene do meio, considerado este no sentido mais estrito do termo. Nenhum esforço é feito no sentido de eliminar os vínculos de dependência ou de encorajar as iniciativas locais. E no entanto

\*Ver *Ideias e Acção* Nº. 124 (pág. 19-26).



um mau estado de saúde é, muitas vezes, uma das sequelas da pobreza e o saneamento faz parte de um processo bem mais vasto de desenvolvimento e transformação social, mesmo que isolou os planos de saneamento do seu contexto seja um caminho mais fácil para os financiamentos externos. O saneamento sistemático, com participação popular, terá um efeito positivo na salubridade do ambiente com a condição de que aqueles que o planifiquem tenham, política e financeiramente, completa liberdade para, paralelamente, levar a cabo planos mais vastos.

A investigação participativa no domínio do saneamento é uma forma de ajudar a comunidade a quebrar o monopólio do saber (sempre na posse do exterior) e a tomar iniciativas. Os obstáculos são imensos e possivelmente será preciso tempo para colher os frutos deste método, em matéria de saúde, mas o impacto que ele poderá ter sobre o desenvolvimento rural é incalculável. ●

NB. No anexo podem encontrar-se muitos endereços relativos a este artigo.

## ESQUEMAS DE FINANCIAMENTO ALTERNATIVOS

### ● A produção alimentar ao serviço do desenvolvimento sanitário (Índia)

A Associação de Produção e Investigação da Soja (SPRA) foi fundada em Uttar Pradesh em 1972. Nesta época, a soja era cultivada pelos agricultores nas montanhas circundantes. As sementes utilizadas eram de má qualidade e tanto o óleo extraído como os resíduos ricos em proteínas eram exportados como ração para gado.

Na sua forma natural, a soja tem um sabor desagradável, mas é susceptível de ser submetida a uma cosedura que lhe dá o aspecto e o sabor de outros legumes. A SPRA espera assim incentivar a produção de proteínas vegetais de baixo custo e investir os lucros das vendas em projectos de desenvolvi-

mento sanitário e agrícola. A Associação cultiva actualmente 150 hectares de soja. Financia vários programas de alimentação suplementar em aldeias e instituições, um programa de saúde rural e um hospital.

Naturalmente a questão principal é a de saber quem dirige o projecto. Na fase actual, são sobretudo quadros que vieram de fora, embora exista um plano de empenhar a população local, a longo prazo. A última palavra pertence sempre ao director do projecto e a planificação do desenvolvimento sanitário fez-se bastante "de cima para baixo". Mas esta estrutura não tem de ser limitada noutros planos tendentes a ligar produção alimentar e desenvolvimento sanitário.

Para obter pormenores técnicos sobre este projecto, pode dirigir-se a: Dr. V. Erasmus, SPRA, P.O. Box, Bareilly — 243001, Uttar Pradesh, Índia.

### ● A formação profissional (Bangladesh)

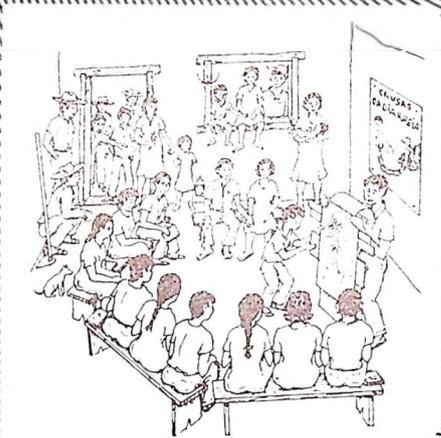
O "Gonoshashthaya Kendra" (GK) (Centro de Saúde Pública) de Savar (também mencionado no anexo) adoptou nos anos 70 um método original para financiar os trabalhos sanitários e o desenvolvimento em meio rural. O programa de formação profissional não visa apenas desenvolver os serviços de saúde, assegurar formação e emprego à população local e garantir a autosuficiência em produtos de primeira necessidade, mas também procura dotar as mulheres de instrumentos necessários que lhes possibilitem desempenhar um papel efectivo na sociedade. Por estes, entende-se uma oficina de trabalho em metais, uma carpintaria, um atelier de costura (profissão ainda reservada aos homens, nesta região), uma fábrica de calçado e uma padaria. Na oficina de trabalho em metais fabricam-se, a preços concorrenciais, camas de hospital, cadeiras, caixilhos de janela e vários instrumentos agrícolas. Na carpintaria, fazem-se móveis em cana e madeira. Em 1979, vinte e três mulheres fundaram uma cooperativa de objectos de artesanato em bambú com o apoio do G.K., que vai de vento em popa.

Na escola local, o programa contemplou vários projectos destinados a adaptar a educação às necessidades regionais, especialmente um de avicultura. Todos os membros do pessoal, sem excepção, ligado ao projecto do G.K., trabalham duas horas por dia na horta colectiva. Produzem os legumes que

consomem, vendem sementes aos agricultores e põem em prática ideias novas de melhoria de produção e métodos de trabalho. Cultivam diferentes variedades de arroz de grande rendimento e dedicam-se à piscicultura em três tanques. Utilizam adubos naturais (estrume de vaca) em vez de produtos químicos caros. Os lucros apurados destinam-se a financiar empréstimos aos agricultores mais pobres, de modo a torná-los livres dos grandes proprietários da terra e dos penhoristas.

É desnecessário dizer que um programa sanitário tão ousado e moderno como o G.K. não vive sem problemas. Um dos incidentes, o mais dramático entre todos, foi o assassinato de um agente paramédico que lançou o programa dos empréstimos, por certas pessoas que sentiram a sua autoridade ameaçada. Apesar disso o trabalho continuou.

Este excelente projecto (P.O. Nayarhat), Via Dhamrai, (Dacca) foi pormenorizadamente descrito em dois periódicos que podem ser requisitados: *Nouvelles de l'écodéveloppement* (edição francesa e inglesa), nº 16 Março 1981 (CIRED — Centre International de Recherche sur l'environnement et le développement — 54 boulevard Raspail, bureau 311, F-75270 Paris Cedex P6; IFDA Dossier (edição em francês, inglês e espanhol) nº 15, Janeiro/Fevereiro 1980 (Fondation Internationale pour un autre développement (FIAD), place du Marché 2 CH-1260 Nyon, Suíça).



## **ARTICIPAÇÃO e RESPONSABILIDADE dos AGENTES COMUNITÁRIOS de SAUDE**

**Uma experiência realizada  
no México por David Werner**

### **A saúde pelo povo — um sonho frustrado?**

Nestes últimos anos, o tema da "participação das comunidades nos cuidados primários de saúde" esteve na moda nos meios internacionais. Hoje em dia, pelo contrário, são muitos os peritos e tecnocratas, mesmo no seio da OMS, que consideram a participação comunitária um sonho abortado.

Não há dúvida de que, na maior parte dos casos, os resultados dos grandes programas governamentais que tinham como objectivo formar agentes comunitários de saúde e incentivar a participação popular são decepcionantes. Este fracasso, todavia, deve-se muito mais a obstáculos colocados a nível central que a nível local. Preocupados em não abdicar dos seus poderes, os ministérios, quadros e peritos, não promoveram uma participação popular auto-gerida.

Não se cansam de afirmar por todos os cantos que as decisões têm de ser tomadas pelos próprios interessados... mas a formação dos agentes de saúde e a tarefa que lhes incumbe responde muito melhor aos desejos do poder central e dos peritos estrangeiros que aos da própria comunidade local.

Teoricamente, existe participação da comunidade quando os pobres conseguem influir nas decisões importantes e nas actividades que afectam a saúde pública e as condições de vida colectiva. De facto, a maior parte dos serviços de saúde — seja o governo de esquerda ou de direita — acabam sempre por considerar que levar a população a "participar" é levá-la "a fazer o que os serviços já decidiram".

### **A planificação dos serviços de saúde reflecte o consenso social ou os conflitos de interesses?**

Sempre que os planificadores dos serviços de saúde falam de programas comunitários, julgamos muitas vezes — ao ouvi-los — que, de uma ponta a outra da escala social, todos estão interessados em trabalhar para o interesse colectivo. Os responsáveis pela saúde pública fazem o impossível para cobrir adequadamente as zonas rurais, apesar das insuficiências financeiras. Notáveis funcionários locais congregam de boa vontade os seus esforços no sentido de responderem às necessidades dos pobres. A escolha do agente de saúde faz-se segundo princípios democráticos numa assembleia geral convocada para o efeito. Em resumo, os programas estabelecem-se como se os que detêm as rédeas do poder não tivessem outro objectivo para além da prosperidade generalizada.

Neste clima de harmonia comunitária e nacional, o agente sanitário da aldeia é, com optimismo, considerado como "o elo entre o sistema sanitário e a comunidade local". Ensinaram-lhe a "conformar-se com o sistema e a pôr-se ao serviço do povo" (por acaso, por esta ordem). E já que aparentemente não há nenhum conflito de interesses, o agente sanitário poderá, em boa consciência, ser leal aos ricos e aos pobres e tudo correrá bem.

Na realidade, surgem divergências de interesses a todos os níveis, entre ricos e pobres, fortes e fracos, entre as nações — no seio de cada nação e de cada comunidade. Qualquer agente sanitário sinceramente preocupado com o bem estar da população, mais cedo ou mais tarde terá de enfrentar:

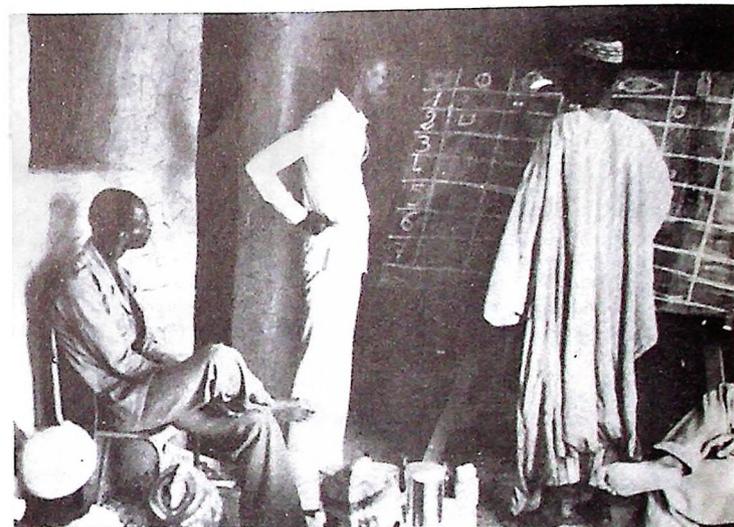
- as exigências ou "normas" rígidas que coincidem com as aspirações e necessidades da população local
- irrealismo do programa central cujo fracasso se torna previsível
- superiores mais preocupados com a disciplina do que com inovações e progressos
- problemas subjacentes ao regime de propriedade, exploração, violação de leis e direitos que afectam profundamente a saúde da população mas que as autoridades se recusam a reconhecer ou mesmo contribuem para os criar
- papelada interminável, uma montanha de formulários a preencher, uma burocracia que lhes devora o tempo e as energias
- concepção paternalista do serviço público que faz aumentar a dependência da população em relação às instituições centrais, em vez de a ajudar a afirmar-se por si própria.

## Serviços públicos e cuidados primários de saúde

O novo método comunitário de serviço de saúde não tem nada de original. Durante séculos, as pessoas trataram-se umas às outras com bons remédios antigos. A novidade reside no facto de as organizações e os ministérios da saúde se terem começado a dar conta da importância deste método. Mas, paradoxalmente, é de temer que a importância que os meios internacionais dão à participação comunitária seja mais susceptível de a destruir do que de a ampliar.

Muito antes dos "cuidados de saúde para todos" se terem tornado o objectivo reconhecido de todo e qualquer ministério da saúde, já pequenos projectos e programas de saúde comunitária existiam na maior parte dos países. Alguns tinham sido postos em andamento pelos próprios aldeãos ou trabalhadores e serviam para cimentar a comunidade no sentido mais lato do termo.

24



Com efeito, a ideia de associar cada vez mais a comunidade aos serviços nacionais de saúde teve origem, em larga medida, nestas iniciativas particulares, de pequena escala.

Porém, quando os ministérios da saúde começaram a tentar copiar ou "reproduzir" estes pequenos programas, encontraram sempre enormes problemas. A questão chave é saber quem controla.

Nos programas sanitários restritos há bastantes possibilidades (embora nem sempre seja o caso) de a população local conduzir as operações. Em contrapartida, nos grandes programas governamentais, a direcção e a decisão vêm sempre do exterior. Os planificadores e técnicos em geral podem apregoar bem alto que a responsabilidade cabe à comunidade. Mas nem a população local nem eles próprios têm dúvidas: toda a gente sabe muito bem quem manda.

É claro que a situação se altera de país para país e, nos casos em que o governo está dominado por pequenos grupos com grandes interesses, a participação popular corre o risco de ser mesmo muito limitada.

A característica mais preocupante dos grandes programas sob controlo governamental é a tendência para se encarregarem de tudo e procurarem tudo uniformizar. Muitos pequenos programas, de autêntica base popular e que se desenvolvem ao longo de anos, encontram-se agora abandonados ou foram "absorvidos" pelos programas "verticais" gigantescos. Aqui e ali, os funcionários do corpo de saúde escolhem instalar postos de saúde em aldeias onde já existem programas eficazes de base popular. É isto mesmo se outras zonas se encontram completamente desprovidas de assistência médica. Mas, ao fornecerem gratuitamente os serviços e "a prestação de saúde para todos", estes funcionários vão tornar muito difícil a manutenção de um agente de saúde remunerado pela comunidade. E ao mesmo tempo eles são completamente incapazes de motivar verdadeiramente a população ou de melhorar efectivamente a saúde pública.

Não será assim em todos os países nem em todas as regiões. Mas sabemos, de fonte segura, que esta situação é vulgar na América Latina, em África e na Ásia.

Ao formular estas observações, a nossa intenção não é, de maneira alguma, argumentar contra a intervenção do Estado nos serviços de saúde comunitários, mas sim lançar um alerta, tanto aos poderes públicos como às próprias comunidades. Experiências repetidas demonstram que programas verticais de participação comunitária ou de saúde, dirigidos do exterior, nunca dão bons resultados. Consequentemente:

— Os poderes públicos deviam parar de convidar as populações a participar em programas oficiais a cujas condições se opuseram.

— Já é tempo de serem as comunidades a convidar os poderes públicos a participar nos programas comunitários que elas próprias decidiram.

Os responsáveis pelas políticas oficiais e os dirigentes das comunidades têm um problema a resolver: é urgente encontrar os meios que permitam aos governos incentivar e apoiar as actividades de saúde comunitária sem tomarem conta delas.

Ajudar sem dominar tem a ver com qualquer organização ou "animador" enviado do exterior para uma determinada actividade ou aldeia. Este princípio destina-se, do mesmo modo, aos dirigentes, organizadores e agente de saúde autóctones.

É claro que nem todos os governos estarão dispostos ou aptos a colaborar com os serviços de saúde postos em marcha pelas próprias comunidades; do



mesmo modo, nem todas as comunidades têm capacidade para planificar e organizar as suas próprias acções sanitárias. Se as comunidades estão preparadas mas os governos não estão, a prudência impõe-se. Os líderes das classes desfavorecidas deverão ajudar estas a encontrar a forma de cooperar com os poderes públicos, sob a condição de elas próprias se fortalecerem. Se isto se prevê impossível, os dirigentes e os agentes de saúde ver-se-ão, provavelmente, obrigados a agir à margem dos poderes públicos. Ou seja, pelo menos, poderão ajudar as pessoas a identificar os pontos de fricção e a decidir a que devem deitar mãos para promover a transformação...

## Os factores políticos podem influir na formação dos agentes de saúde

Tomemos o caso de agentes de saúde de uma determinada aldeia a quem foi ensinada uma gama respeitável de técnicas. Foram encorajados a reflectir, a tomar iniciativas e a estudarem por sua própria conta. As suas opiniões são ouvidas. Eles empenham-se na medida dos seus conhecimentos, das suas capacidades, das necessidades da sua comunidade e dos recursos de que pode dispor. Eles apoiam e educam. Vão, muito provavelmente, dedicar-se à sua tarefa com energia e dedicação. Irão transformar a sua comunidade e ganharão a confiança e o afecto da população. O seu exemplo levará a que os vizinhos se convençam de que também eles poderão adquirir novos conhecimentos e assumir novas responsabilidades, de que uma pessoa com esforço se vai aperfeiçoando. Os agentes de saúde da aldeia tornar-se-ão,

deste modo, "promotores da transformação" em todos os domínios, pois a sua acção levará os aldeãos a tomarem consciência das suas possibilidades no plano humano... e por fim, dos seus direitos enquanto seres humanos.

Pelo contrário, numa região em que as reformas sociais e agrárias sejam terrivelmente necessárias, ou em lugares onde se considera natural que os pobres sejam oprimidos e as riquezas desigualmente distribuídas, onde os "barões" da medicina e da política defendem ciosamente os seus privilégios, a formação dos agentes de saúde é uma música muito diferente. Os agentes de saúde do primeiro caso sabem demasiado, são excessivamente activos e reflectem exageradamente. Tais homens e mulheres são perigosos. São potenciais agitadores. Daí que, em muitos programas de saúde, o agente de saúde receba uma formação muito diferente. O número de técnicas que lhe são ministradas é muito reduzido. Os agentes — na maior parte dos casos, mulheres — não aprendem a reflectir mas a aplicar uma lista de directivas ou "normas" determinadas. Com um lindo uniforme e munidas de um vistoso diploma, trabalham num centro de saúde, de pedra e cal. A disciplina é rígida e há regras fixadas que indicam o que pode e não pode ser feito. A maior parte do tempo é gasta a preencher formulários...

Para melhor compreender os limites e possibilidades dos agentes de saúde comunitária — o que eles estão autorizados a fazer e o que de facto eles poderiam fazer se tivessem autorização — é melhor analisar os factores sociais e políticos que entram em jogo.

Na maior parte dos países, as causas que explicam as elevadas taxas de mortalidade e doença entre os pobres são, entre outras, a subnutrição, uma higiene deficiente, o analfabetismo e a gravidez não desejada. Porém, a razão subjacente e global deste estado de coisas é uma cruel desigualdade na repartição da riqueza, das terras, do acesso à educação, da representação política e dos direitos humanos fundamentais

Os detentores da riqueza debruçam-se sobre o destino dos desprotegidos com paninhos quentes. Eles fornecem-lhes "gratuitamente" instrução, serviços, suplementos alimentares... e uma chusma de "bons" conselhos. Mas nunca lhes darão nem terra suficiente, nem salários suficientes que lhes permitam tornarem-se autónomos e autoresponsáveis. O pobre torna-se, deste modo, em alvo politicamente silencioso de assistência e exploração. Apesar da ajuda externa, dos planos de desenvolvimento e dos projectos de participação comunitária, os ricos não param de enriquecer e os pobres continuam a empobrecer.

Todos aqueles que já viveram em aldeias ou bairros de lata sabem bem que a política e os grupos de pressão, a repartição de terras e dos recursos, são factores que têm uma incidência muito mais decisiva sobre a saúde pública do que o tratamento e a prevenção das doenças.



Os programas de formação raramente preparam os agentes de saúde para analisar ou resolver os conflitos fundamentais de interesses entre os diversos grupos. Pelo contrário, é-lhes ensinado a entrar no jogo, sob o pretexto de que os governos são generosos e que estes conflitos não existem, o que os leva a fechar os olhos sobre as necessidades mais prementes dos seus clientes. Este tipo de formação é capaz de minar a integridade e a vocação dos agentes de saúde. Em vez de defenderem corajosamente a saúde pública, tornam-se autênticos burocratas — peças de uma máquina impessoal e centralizada, cuja função é a de pacificar e regulamentar os pobres.

Depois queixamo-nos de que os nossos agentes de saúde não têm iniciativa, só pensam em ganhar dinheiro, desinteressam-se pelo seu trabalho ou se deixam corromper. No fundo, eles apenas se integraram no "sistema".

Não, não é surpreendente que tentativas ambiciosas e teleguiadas de participação comunitária venham a dar num fracasso. Para que a acção sanitária seja eficaz é necessário descentralizar a administração pública da saúde — redistribuir os poderes — servir os desfavorecidos em vez de os dominar; mas a realização destes objectivos levaria a uma profunda transformação da sociedade que só pode vir da base.

*ANEXO*

*do número especial  
sobre saúde rural*

*BOLETIM IDEIAS E ACÇÃO N° 145  
1982 / 1-2*

## UM "REPORTÓRIO" DAS TECNOLOGIAS APROPRIADAS

"Apropriada" significa "adaptada". "Apropriar-se" quer dizer "entrar na posse de". Para que uma tecnologia seja adaptada à acção sanitária nas regiões rurais tem de ser possuída pelos interessados e deve, para este efeito, preencher algumas condições:

As mais importantes são as seguintes:

- contribuir para melhorar substancialmente a vida rural.

Demasiadas vezes convida-se os camponeses a adoptar uma prática porque é "simples e acessível a todos". A simplicidade é uma vantagem mas não é tudo;

- reforçar a **autosuficiência**: acontece em geral que as populações que adoptam uma tecnologia têm tendência a ficar dependentes dos organismos internacionais. Elas chamam a si as suas forças criadoras e não se contentam em copiar cegamente o modelo. É preciso pois que a tecnologia em questão seja adaptável e extensível;

- prescindir **sistemática e progressivamente** das contribuições exteriores. É uma das vias a percorrer para se chegar à autosuficiência e é por consequência uma das condições de aplicabilidade. Entra também em linha de conta a medida na qual uma técnica reforça a confiança da população em si própria e nas suas capacidades.

Uma das técnicas apropriadas (TA) mais conhecida e geralmente mais apreciada é a fita métrica de Shakir. Trata-se de uma fita graduada que se enrola em volta do biceps das crianças. É um instrumento barato, que permite comparar o grau de malnutrição de duas populações, ou da mesma população antes e depois de uma intervenção. Evita-se assim o recurso a especialistas externos e dá-se aos rurais a possibilidade de serem eles próprios a fazer as avaliações. A fita serve sobretudo para as mães controlarem o crescimento dos filhos. Mas não seria preferível saber se a criança está doente ou se se desenvolve convenientemente? Aplicada pelas mães, à sua conta e risco, esta técnica apropriada substitui os critérios ancestrais por novas escalas, menos exactas, a partir das quais se vai decidir a acção a empreender.

— Quais são os **principais beneficiários** da TA? Os rurais, os agentes de saúde ou uma empresa comercial? Uma tecnologia só é apropriada aos camponeses pobres se são eles a dela tirar o maior proveito. Pelo contrário, se ela beneficia sobretudo os trabalhadores dos serviços de saúde ou empresas comerciais, a TA pode ser apropriada aos primeiros ou aos segundos, mas

não forçosamente aos rurais. As fichas "o caminho da saúde" são um exemplo bem demonstrativo. Registos de saúde individuais, muito práticos para o agente sanitário, mas que ultrapassam em geral o entendimento das mães; ora é delas que depende, em definitivo, o desenvolvimento das crianças. Se se coloca isto à frente da comodidade do agente sanitário, então será melhor estudar com grupos de mães os critérios que possibilitem mostrar se a criança vai bem e o que há a fazer, individual e colectivamente, para que ela continue assim. As explicações que acompanham as fichas de crescimento são escritas em termos científicos, sem qualquer relação com o grau de conhecimentos dos interessados na saúde.

Conta-se que na África Ocidental houve mães analfabetas, que penduraram as fichas de crescimento ao pescoço dos filhos, convencidas de que se tratava de um amuleto destinado a protegê-los contra os efeitos da malnutrição.

A TA tem por vezes uma conotação exclusivamente comercial. Assim, uma fábrica multinacional de leite em pó forneceu gratuitamente ao Zimbábwe "fichas de saúde" que recomendavam o uso do seu leite artificial como complemento alimentar das crianças.

— Uma vez respondidas estas questões, há que proceder a uma **comparação de custos**, fazendo entrar em linha de conta os gastos ocorridos localmente sob a forma de tempo de trabalho, despesas acessórias, amortização e manutenção. A TA não é forçosamente barata mas implica o mínimo de desperdício. Outra razão que faz com que a escolha de tecnologia deva ser local é que exteriormente não é possível ter uma ideia aproximada das despesas que serão tributadas à população. Para as calcular, há que proceder a uma consulta o mais alargada possível, a fim de detectar se não seria possível encontrar, nos locais, o financiamento necessário.

— A **receptividade** é um corolário de tudo o que já foi dito e o exemplo do saneamento rural descrito na pág. 22 deste boletim está cheio de ensinamentos a este respeito. Qualquer técnica tem de respeitar, até certo ponto, os costumes tradicionais, sob pena de ser rejeitada. Quando ela é escolhida pela própria população não há, geralmente, problemas.

Para responder a estas questões tem de se colocar a tecnologia no contexto em que irá ser aplicada. Estas podem ser discutidas pelo agente sanitário e pela comunidade a propósito de muitos outros assuntos (por exemplo, técnicas apropriadas de saneamento rural). O ângulo sob o qual se abordam é muito importante, já que nenhum domínio é estritamente "compartimentado". As diversas condições embrincam de tal modo umas nas outras que a escolha a fazer implica uma reflexão aprofundada. Por exemplo:

1. Esta técnica trará o máximo de vantagens à comunidade? Quais são as outras opções?
2. Será necessário impôr o modo de fazer as coisas? Até que ponto se deixa espaço para a iniciativa popular?
3. Em que medida, se aceitamos esta técnica, nos vamos tornar dependentes de terceiros?
4. Serão os mais necessitados quem mais vai beneficiar? Quem mais beneficia?
5. Será esta a opção mais económica? Que outros custos estão envolvidos?



“A nossa aldeia precisa...” “Oh, isto não estava previsto nos nossos planos...”

## A DESIDRATAÇÃO E A DIARREIA

A diarreia é, como se sabe, uma das principais causas de morte de crianças pequenas. Em geral, as pessoas malnutridas, especialmente as crianças, morrem devido à perda de grande quantidade de água durante uma diarreia grave. Muitos podem salvar-se temporariamente (até uma próxima crise) com a condição de substituir os líquidos perdidos. Isto levou à produção em larga escala de sais rehidratantes e preparados endovenosos. Só em 1979, a UNICEF distribuiu mais de 20 milhões de sacos de sal rehidratante.

No entanto, a rehidratação constitui uma mera trégua. Após 20 anos de discussões internacionais sobre a importância da prevenção, não se conta com nenhuma cura mas apenas com soluções provisórias. As medidas tomadas não eliminam as causas subjacentes nem da malnutrição que torna a diarreia fatal, nem das infecções que a provocam. Salvar vidas já é positivo, mesmo se não se consegue prolongá-las para além de alguns meses. Mas isto não pode implicar uma maior dependência em relação à ajuda exterior, sempre que as comunidades possuam os elementos necessários para produzir os rehidratantes.

O principal argumento em favor dos sacos fabricados como os de “oralite” reside no facto de eles conterem uma quantidade de sal já medida e controlada. Com efeito, se a solução rehidratante contiver demasiado sal, pode apresentar alguns riscos e, quando é a mãe a prepará-la em casa, especialmente quando a mãe mede o sal com os dedos, a dose pode ser forçada. Porém os sacos custam muito caro e no campo nem sempre se encontram quando são necessários. E no caso da diarreia o tempo é determinante. Também tem de se ter o cuidado de diluir o saco numa quantidade de água suficiente. Seja qual for o método seguido, aqui têm um bom critério: o líquido não deve ter um sabor mais salgado que as lágrimas. Numa comunidade das Filipinas, as mães juntam sal e açúcar a um chá à base de plantas locais e dão frequentemente esta bebida, em pequenos goles, às crianças desidratadas.

Outra crítica às soluções rehidratantes preparadas em casa incide no facto de estas não terem sido sujeitas a um “estudo controlado”. Para combater a ausência de informação à escala internacional, um grupo elaborou um programa de investigação. Este grupo gostaria de reunir dados sobre as experiências levadas a cabo com soluções preparadas no domicílio e com os sacos preparados. Pode contactar-se para “The Hesperian Fondation” (cuja morada é dada na pág. 7A deste anexo).

### Solução reidratante "sal-açúcar" preparada em casa



Esta quantidade de sal

e

açúcar

num copo de água

A partir de 1978, a produção de medicamentos baratos e de qualidade faz parte das actividades do "Gonoshasthaya Kendra" (GK) (Centro de Saúde Pública) em Savar no Bangladesh (ver pág. 22 do boletim). Muitos dos seus empregados são camponeses e todas as etiquetas e modos de emprego são escritos na língua local, o bangali. Metade dos lucros são reinvestidos na empresa e o restante financia projectos de desenvolvimento rural, especialmente pesquisas sobre plantas medicinais indígenas. Finalmente o terceiro passo consiste em recorrer aos inúmeros remédios tradicionais locais, muito baratos, e cuja eficácia se pode testar de um modo muito objectivo. Acontece todavia que os curandeiros indígenas guardam cuidadosamente o segredo dos seus preparados e, nesse caso, temos de nos meter em negociações altamente diplomáticas.

## INDEPENDÊNCIA EM RELAÇÃO AOS MEDICAMENTOS

Um dos problemas sempre presente no desenvolvimento da saúde rural é o dos medicamentos. Mais de metade dos produtos farmacêuticos, que são vendidos no Terceiro Mundo a preços exorbitantes, podem considerar-se ineficazes. Entre 30 e 40% deles são vitaminas e fortificantes, a maior parte das quais a base de álcool e por vezes enriquecidas com antibiótico. Pelo menos um quarto destes medicamentos foram retirados dos circuitos comerciais nos países industrializados, por ter expirado o prazo de validade ou por se tratar de combinações antiquadas, ou por provocarem efeitos secundários verdadeiramente perigosos. Mesmo assim, o montante total das despesas em medicamentos dos 67 países mais pobres é inferior à soma dispendida em tranquilizantes nos 5 países mais ricos.

Os mercados do Terceiro Mundo estão dominados pelas firmas farmacêuticas. No Bangladesh, por exemplo, oito dessas firmas (entre as 150 registadas no país) controlam 80% do mercado. São elas que decidem o que se vai fabricar, o que se vai exportar e qual o preço de venda. Hoje em dia há três medidas possíveis para romper com o monopólio das multinacionais. Em primeiro lugar, há que estabelecer uma "lista de medicamentos essenciais" que regule as licenças de importação. Na página seguinte encontra-se uma lista deste género. Os medicamentos UNIPAC produzidos pela UNICEF podem servir de base. Um outro passo é, naturalmente, fabricar localmente os produtos farmacêuticos.



**LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA DISPENSÁRIOS RURAIS**  
(dezoito medicamentos essenciais "gerais")

1.	Ácido acetilsalicílico	Comp. 100 & 500 mg	Febre (em caso de paludismo)
2.	Paracetamol	Comp. 100 & 500 mg	Calmante
3.	Hidróxido de alumínio	Comp. 100 mg	Antiácido
4.	Metronidazol	Comp. 200 & 500 mg	Amebicida
5.	Mebendazol	Comp. 100 mg	Antelmíntico
6.	Piperazina	Comp. 500 mg	Antelmíntico
7.	Ampicilina	Comp. 250 & 500 mg	Antibacteriano (de uso geral)
8.	Tetraciclina	Comp. 250 mg	(de uso geral)
9.	Cloroquina (sob a forma de sulfato)	Comp. 150 mg e xarope 50 mg/ 5 ml	Paludismo
10.	Isoniazida	Comp. 100 & 300 mg	Tuberculose
11.	Estreptomina (sob a forma de sulfato)	Inj. 1 g	Tuberculose
12.	Ergometrina (maleato)	Comp. 0,2 mg	Ocítico
13.	Iodo	Solução (2,5%)	Desinfectante
14.	Sal ferroso (Sob a forma de sulfato de fumarato)	60 mg	Anemia
15.	Neomicina + bacitracina (pomada para a pele)	5 mg + 500 UI/g respectivamente	Infecções cutâneas
16.	Ácido benzoico + ácido salicílico	Pomada para a pele (6% + 3%)	Fungicida (para a pele)
17.	Benzoato de benzilo	Loção (25%)	Escabicida
18.	Tetraciclina	Pomada ocular (1%)	Infecções dos olhos

(seis medicamentos essenciais — segundo as condições ambientais)

19.	Etambutol	Comp. 100 & 500 mg	Tuberculose
20.	Suramina sódica	Inj. 1 g frasco	Oncocercose
21.	Citrato de dietilcarbamazina (DEC-C)	Comp. 50 mg	Filarirose
22.	Metrifonato	Comp. 100 mg	Esquistosomiase
23.	Estibogluconato de sódio	Inj. 38% em 3 ml	Leishmaniose
24.	Pentamidina	Inj. 200 mg	Leishmaniose

**Notas para a utilização desta lista**

Os medicamentos essenciais "gerais" são, na medida do possível, fornecidos sob a forma de comprimidos. Para administrá-los às crianças, dissolvê-los em água açucarada. O modo de emprego de todos os medicamentos essenciais deve ser escrito na língua local; os efeitos secundários e a posologia têm de vir indicados. Para os medicamentos injectáveis (11, 20, 23, 24), tem de se dispor de seringas esterilizadas. Isto aumenta o custo e a complexidade do tratamento. Para além disto, os dispensários rurais deverão estar abastecidos de algodão hidrófilo e ligaduras para responder às necessidades correntes.

Sempre que possível convém testar os remédios locais e utilizá-los. Na maior parte dos países do Terceiro Mundo existem, por exemplo, laxantes naturais e encontra-se quase por todo o lado o sal e o açúcar. Misturados em proporções correctas (ver a página 34 do anexo), estes dois ingredientes evitam a compra de sais rehidratantes. Pode ser útil conservar um stock bastante importante de produtos farmacêuticos de uso corrente, quando houver dificuldade de reabastecimento, pode limitar-se a 2, 3, 6, 8, 11, 12, 14, 17.

## EXPERIÊNCIA COMUNITÁRIA E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE AGENTES SANITÁRIOS

Alguns programas centrados na população encontraram meios de a fazer participar na formação do agente sanitário. Vamos indicar algumas dessas fórmulas experimentadas:

1. Implantar o centro de formação num aglomerado ou comunidade semelhante àquele para onde os agentes sanitários irão trabalhar. Esta fórmula exige a colaboração dos membros da comunidade.

**Exemplo:** O projecto Piaxtla, no México (Estado de Sinaloa), instalou um centro de formação numa aldeia de 950 habitantes. A sala de reuniões dos trabalhadores agrícolas, uma velha construção em tijolo, é usada como sala de aula sempre que os aldeões não precisam dela para as suas assembleias. O facto de todos os instrutores serem da aldeia (ou de aldeias vizinhas) contribuiu muito para associar mais estreitamente a comunidade ao programa de formação.

2. Tomar medidas para que os agentes de saúde pernoitem e tomem as refeições nas casas dos habitantes do local, durante o seu período de formação. Esta fórmula traz muitas vantagens:

- as famílias locais interessam-se pelo programa de formação. São elas que assumem a responsabilidade do bem-estar dos agentes sanitários e não o contrário.
- os alunos misturam-se com a população em vez de viverem em ghetto, como acontece quando moram juntos;
- os estudantes têm oportunidade de conversar diariamente com as mães, os pais, os filhos. Podem deste modo observar os hábitos, as atitudes, as alegrias e as dificuldades das famílias com quem partilham os problemas. Por seu lado, as famílias tiram partido das ideias novas que os agentes sanitários lhes transmitem.

No princípio do curso, é desejável que os professores reunam as famílias de acolhimento, lhes expliquem os objectivos da formação, lhes peçam que ajudem os estudantes e que os incentivem a ensinar-lhes o que eles aprenderam. As famílias também podem formular sugestões ou críticas. Elas vão sentir-se orgulhosas de contribuir para a formação dos agentes sanitários que irão servir outras comunidades. A aprendizagem torna-se, deste modo, recíproca.

3. Organizar visitas ao domicílio. Certos programas de formação prevêem estas visitas regulares (uma ou duas vezes por semana).

**Exemplo:** No quadro de um programa desenvolvido num bairro de lata perto da cidade do México, os alunos começaram por visitar 15 famílias dos bairros mais pobres. Eles procuravam ajudá-las a resolver os problemas o melhor que sabiam — se possível pelo auto-tratamento ou então enviando-os para dispensários ou centros de saúde pública. Eles travavam assim conhecimento com a população e com as suas dificuldades. Descobriram também os pontos fortes e os fracos dos serviços de saúde e sociais da cidade. Alunos e professores elaboraram em seguida o programa do curso tendo em conta as necessidades e os problemas identificados durante as visitas ao domicílio.

**Outro exemplo:** As visitas ao domicílio são também o prato forte da formação dos agentes sanitários no projecto Piaxtla. Todos os sábados, os alunos estabelecem os objectivos que esperam atingir e depois consagram uma metade do dia às visitas às famílias. Cada aluno visita de 8 a 10 famílias, sempre as mesmas. A sua missão é ouvir. Fazem perguntas às famílias sobre as actividades comunitárias, incitando-as a dar a sua opinião e a participar. Muitas vezes dão sugestões sobre o modo de prevenir ou resolver problemas de saúde. Mas evitam, a todo o custo, ditar às pessoas o que devem fazer. Talvez por esta razão, e também porque raramente empregam um questionário oficial, eles são bem acolhidos na maior parte dos lares.

4. Encarregar os futuros agentes sanitários de actividades nas comunidades locais durante a formação. Alguns programas de formação têm prevista a participação dos estudantes nas seguintes actividades ou em algumas delas:

- projectos referentes aos menores de 5 anos e à malnutrição. Os alunos vão às aldeias próximas, têm reuniões para organizar as actividades, explicam como se deve preparar a comida e aplicar programas de alimentação para crianças, etc.;
- construção, em colaboração com os habitantes locais, de latrinas, descargas para evacuação de detritos, sistemas de condutas de água, sistemas de armazenamento de cereais ao abrigo dos ratos;
- campanhas de vacinação nas aldeias vizinhas (acompanhadas de um programa de educação de pais e filhos);
- actividades para crianças. Os agentes sanitários organizam reuniões com as crianças alunos da escola, bem como com as não escolarizadas;
- campanhas de limpeza levadas a cabo nas aldeias com a participação de crianças e adultos;

- participação nos trabalhos dos camponeses em hortas familiares ou da comunidade;
- colaboração na administração de uma cooperativa local;
- organização de festejos populares de saúde;
- dramatização e sessões de fantoches com as mães e as crianças.

5. Apoiar a participação da comunidade nas sessões de formação. Os aldeões ou a população da vizinhança podem entrar não só nas actividades programadas mas eventualmente também nas aulas.

Têm aqui algumas sugestões a este respeito:

- uma política de porta aberta. Certos programas de base comunitária têm como ponto de honra abrir de par em par portas e janelas das salas de classe. Mães, pais, trabalhadores agrícolas, crianças (especialmente adolescentes) podem a qualquer momento entrar ou vir sentar-se no parapeito da janela para ver o que se passa. O recurso a auxiliares pedagógicos vivos, ao psicodrama e à linguagem simples para expor as ideias novas excitando a curiosidade dos espectadores, a quem de vez em quando se pede a opinião ou se convida a tomar parte no psicodrama, nos jogos e nas demonstrações;
- um convite feito aos curandeiros tradicionais, aos herbanários, às comadres e a outros membros da comunidade para tratarem nas aulas os temas da sua competência;

Uma das aulas que mais me impressionou foi uma em que uma comadre (parteira tradicional), numa aldeia, traçou com um grupo de futuros agentes sanitários uma lista de informações precisas e de conhecimentos que as comadres locais lhes podiam transmitir e vice-versa.

- Convidar as mães e as crianças de uma comunidade a colaborar em psicodramas e noutras actividades. Para bem servir este grupo da população, os agentes sanitários precisam de prática. Os psicodramas podem ser para eles uma boa ajuda. Mas estes não são nada convincentes se o papel das crianças é desempenhado por estagiários. Tornam-se mais plausíveis quando se consegue convencer as mães a vir pessoalmente com os filhos para expor os seus problemas de saúde. As aulas tornam-se então mais vivas e interessantes.
- convidar os membros da comunidade para projecções de diapositivos ou de filmes. Quase toda a gente gosta destas projecções. Quando estão

Este texto foi tirado (com autorização) de **Helping Health Workers Learn** (Ajudar os agentes de saúde a aprender) de David Werner e Bill Bower, um manual de grande valor contendo uma selecção de métodos, auxiliares pedagógicos e ideias dirigida aos instrutores a nível de aldeia. O manual divide-se em 5 grandes capítulos. Comentários e críticas provenientes sobretudo de agentes de saúde de aldeia e de comunidades serão bem vindas pelos autores. Publicada em Janeiro de 1982 (em inglês) por The Esperian Foundation, P. O. Box 1962, Palo Alto, CA 94302 USA, estando em curso a sua tradução para espanhol, bengali e uma língua das Filipinas.

O Doutor Werner é ainda autor de um manual precioso de cuidados de saúde a nível de aldeia, **Onde não há médico**, publicado pelo ENDA (Environnement et développement du Tiers Monde) B.P. 3370 Dakar, Senegal, 1981, que também recomendamos vivamente aos nossos leitores (Preço: FCFA 1100; FF 22; US \$ 5.50). Além da edição francesa existe uma em crioulo (**Gid travaye santé**), S. Birkey B.P. 15301, Pétienville, Haiti; em inglês (**Where there is no doctor**), The Esperian Foundation, 2ª edição, 1979, e Macmillan, 1980, (Preço: £ RU 2.95); em versão original espanhola (**Donde no hay doctor**), Editorial Pax-México, México, 3ª edição, 1976, em árabe (Institute for Arab Reserch s.a.r.l., P.O.B. 135057, Beirute, Libano); em Kmer, em hindi, em indonésio, em swahili, em vietnamita e em muitas outras línguas (para informações, contacte The Wesperian Foundation).

Referimos ainda aos leitores um manual de saúde comunitária que acaba de sair no Zaire. Trata-se de **Infirmier, comment bâtir la santé** de D. Fountain e J. Courtejoie, editado pelo Bureau d'études et de recherches pour la promotion de la santé, R.P. 1977, Kangu-Mayombe, Zaire. Este manual está dividido em quatro secções: promoção da saúde, protecção materno-infantil, saneamento do meio e controlo de algumas endemias e melhoria do estado de nutrição, e destina-se, entre outras funções, à formação de enfermeiros. (Preço: zaires 50; US \$ 9; FCFA 2500; FF 50, FB 350). O Bureau d'études et de recherches de Kangu-Mayombe edita também em inglês e português.

inscritas no plano do curso é aconselhável convidar a população a assistir e associá-las aos debates que as seguem. Se os agentes de saúde vivem em casas de famílias, temos de os lembrar a convidá-las para estas sessões.

- empregar uma linguagem, auxiliares pedagógicos e métodos claros, simples e acessíveis a todos. Isto é uma coisa à qual os instrutores têm de estar muito atentos. Senão, os agentes sanitários terão de "traduzir" o que lhes está a ser ensinado em termos acessíveis aos camponeses. No caso dos membros da comunidade assistirem a algumas classes, teremos de os incitar a pedir explicações cada vez que não compreenderem bem a palavra. Instrutores e alunos evitarão assim cair em pedantismo.

### ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Relacionadas com o artigo sobre o saneamento)

Kalbermatten J.M. e col. *Appropriate sanitation technology: A field manual* World Bank Staff Working Paper. Banco Mundial, Washington D.C. e Paris 1980 (somente em inglês).

Feachem R. e col. *Sanitation and disease: Health aspects of excreta and waste-water management*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA, 1981 (somente em inglês).

Feachem R. e Cairncross S. *Small excreta disposal systems*. Ross Institute Bulletin nº 8, Ross Institute for Tropical Hygiene, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, 1978 (somente em inglês).

Jackson T. "Technologie d'assainissement en milieu rural — Les leçons de la recherche-participation". *Les Carnets de l'Enfance*, nº 45/46, FISE, Genève, verão 1979 (edições francesa e inglesa).

Van Wijk-Sijbesma D *Participation and education in community water supply and sanitation programmes, a selected and annotated bibliography*. Série de boletins nº 13, 1979, (somente em inglês); e *a literature review*. Série de documentos técnicos nº 12, 1981 (em francês, inglês e espanhol). Centro Internacional de Referência (CIR) para o aprovisionamento de água colectiva e saneamento (em colaboração com a OMS), Rijswijk, Holanda.

Pacey A. *Rural sanitation: Planning and appraisal*. Documento da Oxfam, publicado por Intermediate Technology Publications Ltd., Londres, 1980 (somente em inglês).

## ALGUNS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO SANEAMENTO RURAL

### Generalidades

Os sistemas de saneamento do meio são extremamente variados. Ao escolher o que melhor se adaptar à vossa situação, convém entrar em linha de conta com os seguintes factores:

- os hábitos locais;
- os utensílios e materiais de construção disponíveis no próprio local;
- as quantias que as pessoas estão dispostas a gastar tanto no início como ao longo de um período mais lato, para melhorar os sistemas de saneamento;
- o número de pessoas dispostas a construir latrinas;
- a compreensão a nível local da relação existente entre a saúde e a eliminação dos excrementos.

Para pôr em andamento um projecto de saneamento comunitário, é indispensável dar solução aos seguintes problemas:

- é necessário sensibilizar os interessados para os perigos que representa a acumulação de excrementos e para a importância do saneamento;
- a saúde de uma comunidade só melhora se cada casa de família tiver acesso a latrinas privadas ou públicas em condições: as latrinas privadas são, em geral, mais confortáveis, mas são também mais dispendiosas; as latrinas públicas podem ser mais baratas para o utente, mas supõem um sistema bem organizado e permanente de manutenção e limpeza;
- é preciso organizar o trabalho de recolha de materiais de construção de fossas e de retretes;
- é preciso ensinar os utentes, as crianças em particular, a utilizar correctamente as latrinas;
- é preciso vigiar a limpeza periódica das latrinas;
- é preciso vigiar para que elas sejam periodicamente inspeccionadas, mantidas e reparadas;
- sempre que necessário, deve cobrir-se as fossas cheias e instalar outras retretes, ou esvaziar os poços.

### Latrinas de fossa

As latrinas de fossa constituem a instalação sanitária mais comum, menos cara, mais simples, mais bem adaptada e geralmente a mais utilizada em meio rural. Com algumas pequenas inovações podem tornar-se higiénicas e confortáveis.

As latrinas de fossa estão menos indicadas nas seguintes situações:

- nos casos em que, devido à densidade populacional, não se disponha de espaço suficiente para cavar e recavar as fossas;
- nos casos em que a água subterrânea se encontre muito perto da superfície;
- nos casos em que o terreno for mais pedregoso ou pouco consistente;
- nos casos em que as fontes de água corram o risco de virem a ser poluídas.

Tomar as seguintes precauções:

- de um modo geral, cavar as fossas a uma distância mínima de 6 metros — se possível a mais de 30 metros — das habitações;
- no caso em que a água subterrânea se encontre a pouca profundidade, torna-se indispensável construir as fossas em cimento ou tijolos;
- em casos de solos pouco consistentes é necessário reforçar as paredes das fossas;
- em geral, uma fossa deve ter um metro de largura e 3 a 7 metros de profundidade, no entanto cavadores inexperientes não deveriam descer a mais de 3 metros;
- quanto possível, escavar as fossas de dimensões grandes. Se têm menos de 2 metros de profundidade, as fossas provocam a propagação de doenças em vez de as evitar, pois as moscas reproduzem-se aí com facilidade;
- o melhor material para a base da retrete é o cimento, mas deve alisar-se bem a superfície superior para garantir uma boa higiene; se se utilizar madeira é necessário que esta seja resistente às térmitas (formiga branca);

- é necessário garantir que os bordos da placa de fecho estejam hermeticamente seladas. Para proteger dos insectos e vermes, cobrir o terreno que circunda a base;
- para impedir que as moscas se reproduzam no poço, deve colocar-se debaixo dos lados da base e no terreno à volta umas bolsas empapadas em óleo de motor;
- os utentes, em especial as crianças, não se aventurarão a usar as latrinas se a placa não estiver fixa. Pode talvez ser preferível não a colocar directamente sobre o buraco;
- de uma maneira geral, este tipo de latrinas não deve ser colocado num terreno de nível superior a qualquer fonte de água; a qualidade da água dos poços instalados nas proximidades tem de ser periodicamente controlada.

Há vários elementos extra que podem melhorar as latrinas de fossa. Um tubo de ventilação de plástico negro, de 10 a 20 cm de diâmetro, partindo da fossa e elevando-se a um metro acima do tecto, conduz os maus cheiros para fora. Numa latrina bem ventilada haverá menos moscas. Uma defesa contra as moscas, colocada na parte superior do tubo de ventilação, evitará que as moscas escapem para o exterior. Podem construir-se latrinas, como estruturas permanentes, de duas fossas: quando a primeira estiver completa, utiliza-se a segunda e após um ano, no mínimo, deita-se o lodo na primeira. A mistura de despejos orgânicos e cinzas, quando se fecha a primeira fossa, produzirá um composto utilizável nas hortas e nos campos.

### Esvaziamento

Esvaziar manualmente as latrinas é um processo barato mas pouco higiénico e não é, em geral, adequado a uma comunidade.

### Instalações com obturador hidráulico

As retretes com obturador hidráulico são mais higiénicas do que as instalações sanitárias a seco mas torna indispensável uma fonte de aprovisionamento de água nas proximidades, pois é necessário jorrar no sistema dois baldes de água por dia para assegurar o funcionamento do sifão. Esta solução não está indicada quando não há água em abundância. Estas retretes têm ainda de ser construídas por técnicos experimentados e ficam caras.

### Fossas sépticas

As fossas sépticas também devem ser instaladas por alguém especializado. Custam bastante, todavia pode ser construída uma fossa pública. É necessário prever um sistema de canalização de água, vigiá-lo regularmente e mantê-lo em bom funcionamento.

### Retretes a escoamento de água

As retretes a escoamento de água são especialmente adaptáveis a casos em que se utiliza a água em banhos de imersão, mas devem ser montadas por um técnico e supõem um abastecimento de água suficiente. A sua instalação é dispendiosa.

#### Nota da Redacção

Gostaríamos de lembrar aos leitores o artigo incluído em *Idées et Action* nº 143 que explica detalhadamente o processo até aqui utilizado principalmente na China de fabrico de gás metano (biogás) a partir de excrementos e despejos vegetais introduzidos em digestores. Aí reside um grande potencial de energia à disposição dos países do Terceiro Mundo.

### Fossas para fertilizantes

Para além das latrinas cujo conteúdo deve estar a repousar pelo menos um ano antes de ser utilizado como fertilizante das hortas, as fossas destinadas a receber os despejos caseiros podem igualmente constituir uma fonte preciosa de elementos fertilizantes. O calor da fermentação mata todos os parasitas que se poderiam tornar perigosos ao poluir as hortas. Cobrindo os despejos com uma camada fina de terra, reduzimos a proliferação de moscas, ao mesmo tempo que eliminamos os odores desagradáveis. Ao cabo de 6 meses de fermentação, temos à nossa disposição um excelente adubo.

### Seleção de referências (Década da Água das Nações Unidas)

Preparam-se várias publicações para a Década Internacional da Água Potável. Seguem-se alguns títulos:



- **Água e saneamento para todos?** Perspectivas para a Década Internacional para a Água Potável e Saneamento, 1981-1990 (Agarwal A. e col.). Após explicar as razões que motivam o lançamento da Década, este documento para a imprensa (nº. 22, 1980) de 20 páginas, analisa: os

problemas relacionados com a água, saneamento e doenças; problemas ligados com o abastecimento de água e saneamento em meio urbano e rural; a necessidade de uma educação para a saúde; esperanças que a Década faz erguer e as possibilidades de as ver concretizadas. Foi publicado pelo Instituto Internacional do Meio e do Desenvolvimento (IIED); pode obter-se na seguinte morada: Earthcan 10 Percy Street, Londres W1P 0DR. (Preço: £ RU 2.50; US \$ 6.25, versão em francês, inglês e espanhol).

- **Informação sobre a Década** é um boletim informativo que apresenta os objectivos da Década, os investimentos no sector da água, a tecnologia (bombas manuais nas latrinas), contém também estudos no Bangladesh, na Colômbia, em Marrocos, no Nepal, no-Níger, Paquistão e Sudão. Para obter-se pode requisitar-se à: Divisão de Informação do PNUD, United Nations Plaza, New York, NY 10017. (versão em francês, inglês e espanhol).



- **New Internationalist**, nº 113, Setembro 1981. "Pure and simple: water and the fight for life" — editor D. Taylor. Em resumo: os problemas gerais de acesso à água e as desigualdades sociais; projectos hidráulicos no Senegal e na Indonésia. Abastecimento de água à margem ocidental no Jordão em Israel, doenças relacionadas com a água, construção de latrinas, as mulheres e o transporte de água. Endereço: New Internationalist, Montagu House, High Street, Muntington PE18 6EP, Cambriggshire, Reino Unido. Mensal; preço do exemplar £ RU 0,75; assinatura anual £ RU 8,70 (igualmente disponíveis nas instalações da revista na Austrália, na Nova Tailândia, no Canadá e nos Estados Unidos) (somente em inglês).

-- Waterlines: O primeiro número de uma nova revista sobre as tecnologias hidráulicas apropriadas apareceu em Julho passado. A citada revista é elaborada por "Intermediate Technology Publications Ltd", 9 King Street, Londres WC2 8HN. Trimestral, assinatura anual: £ RU 8 (US \$ 16) para instituições; £ RU 7 (US \$ 14) para particulares (somente em inglês).

## A SAÚDE DA MULHER E O DESENVOLVIMENTO RURAL

Actualmente, 260 milhões de mulheres sofrem de anemia no Terceiro Mundo, a maior parte devida à carência de ferro. Os casos de mulheres que morrem de parto são de 100 a 200 vezes mais numerosos nas regiões rurais do Terceiro Mundo do que nas regiões industrializadas, metade das quais devido a abortos clandestinos. Normalmente, as mulheres grávidas trabalham quase até ao último momento do parto, o que compromete ao mesmo tempo a sua saúde e a dos filhos. Em certas sociedades, especialmente durante os períodos de carência, mulheres e crianças ficam apenas com os restos de comida. A clitorectomia nas mulheres pode provocar um grande número de problemas de saúde e ilustra o seu estatuto de completa subordinação nas sociedades onde ainda a praticam (ver também pág. 13 do boletim).

As mulheres desempenham um papel essencial em todos os domínios que dizem respeito à saúde: procriação, educação básica dos jovens, produção e preparação dos alimentos, transporte de água e cuidados de saúde "tradicionais".

Pode pedir-se um dossier de material pedagógico: **Mulheres, saúde e desenvolvimento** (versões em francês, inglês e espanhol, preço FS 10 ou US \$ 5) escrevendo para Centre d'Éducation pour le Développement, FISE, Bureau pour l'Europe, Palais des Nations, CH-1211 Genève 10. Recomendamos ainda aos nossos leitores o **Répertoire International sur les Femmes et la Santé** (em francês, alemão, inglês, espanhol e italiano), trabalho publicado em conjunto por Boston Women's Health Book Collective (Box 192, West Somerville, MA 02144, USA), e ISIS — Serviço Feminino Internacional de informação e de comunicação (Caixa Postal 301, CH-1227 Carouge, Suíça, ou Via Santa Maria dell'Anima 30, I-00186 Roma, Itália). Preço US \$ 5 ou (por avião) US \$ 8.



## AS DOENÇAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM MEIO RURAL

### PALUDISMO

No mínimo, um milhão de crianças africanas com menos de 14 anos morrem todos os anos de paludismo e a curva das mortes não pára de subir. Segundo estimativas, 1800 milhões de pessoas estão expostas a esta doença, a qual voltou a aparecer em zonas de onde havia sido erradicada. Os mosquitos que a propagam tornaram-se resistentes a muitos pesticidas, especialmente ao DDT e, em certas regiões, o mesmo parasita resiste a medicamentos de uso muito corrente tal como a cloroquina.

Nas regiões onde ele grassa, o paludismo provoca acesso de febre. Considerando que a maioria das vítimas de todas as idades são rurais pobres, entra-se num círculo vicioso, a doença reduz a capacidade de trabalho e agrava a pobreza. A febre é acompanhada por dores de cabeça e uma sensação de fadiga. Se não é atacado, o paludismo pode provocar convulsões, o coma e mesmo a morte. Se os parasitas existentes na região não desenvolverem resistências ao medicamento, o tratamento com cloroquina faz baixar a febre. Uma única dose de 4 comprimidos de 150 mg é geralmente eficiente para os adultos que habitam nas zonas infestadas. Para as crianças e mulheres grávidas, o tratamento deveria prolongar-se por 4 dias a ser administrado do seguinte modo:

idade	+ de 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-14 anos	mulheres grávidas
Primeira dose	1/2 dose	1 comp.	2 comp.	3 comp.	4 comp.
Doses seguintes	1/4 comp.	1/2 comp.	1 comp.	1 1/2 comp.	2 comp.

2ª Dose: 6 horas depois da 1ª. A 3ª, 4ª e 5ª dose: Nos 2º, 3º e 4º dia

### PROTECÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE

A poliomielite propaga-se por contacto ou absorção de alimentos ou bebidas contaminados. Na maior parte das vezes, esta doença está associada a más condições de higiene. Primeiro sente-se dores e depois uma rigidez nas costas e nos membros inferiores. Cerca de 15% das crianças afectadas morrem e 50% ficam paralisadas. A vacina pode-se administrar por via oral, em três doses, e é eficaz.

Se possível deve fazer-se uma análise ao sangue antes de iniciar o tratamento. O diagnóstico e o tipo de paludismo podem ser confirmados por exame microscópico. Pode prescrever-se um tratamento complementar para curar completamente a doença. Se o tipo de parasitismo existente na região resiste aos medicamentos, deve pedir-se ajuda a peritos para determinar o tratamento apropriado. No entanto, tomar regularmente cloroquina, um medicamento barato, pode ajudar em muitas regiões.

Para além disto, há várias medidas úteis que podem ser tomadas: evitar as picadelas de mosquitos protegendo-se com mosquiteiros ou utilizando produtos químicos que os afastem, drenar e secar, sobretudo no âmbito de projectos agrícolas ou de construção, os charcos de água estagnada onde os mosquitos se reproduzem. Mas o essencial é, evidentemente, assegurar um tratamento rápido ao doente. Pulverizar as casas com insecticidas para matar os mosquitos pode dar resultados, desde que se conheça os hábitos dos mosquitos locais e a sua sensibilidade aos diferentes produtos químicos. Este tipo de investigação é caro e exige uma alta competência; na maior parte dos casos só se pode levar a cabo no quadro de um programa organizado de luta anti-palúdica. A maior esperança reside na descoberta de uma vacina que poderá ser aplicável dentro de uma década, se os esforços que estão a ser feitos forem coroados de êxito. Até à data, como os tipos desta doença variam muito de região para região, é aconselhável consultar os agentes de saúde que conhecem as variedades locais de paludismo, em ordem a determinar o tratamento mais adequada para cada região.

## TUBERCULOSE

No mundo existem 20 milhões de tuberculosos, no mínimo, e todos, e todos os anos surgem 2 milhões de novos casos. Em cada ano morrem entre 1 e 2 milhões de pessoas atingidas pela doença. A fraqueza e a tosse crónica, os dois principais sintomas da tuberculose, tornam muitas vezes o doente incapaz de trabalhar.

A acção da comunidade pode facilitar a luta anti-tuberculose, sob condição de se dispor de medicamentos suficientes; a tosse que propaga o bacilo é um sinal que nunca mente. Com alguma formação e a ajuda de um bom microscópio portátil, o diagnóstico pode ser confirmado na própria aldeia. O tratamento pode ser aplicado em casa, mas prolonga-se por vários meses. Há também que utilizar diversos medicamentos para evitar que o bacilo ganhe resistências.

Mas não chega diagnosticar a tuberculose, nem de a tratar ou mesmo preveni-la vacinando as crianças. O que faz com que algumas pessoas contraíam a doença e outras sejam poupadas é a subnutrição devida às carências alimentares.

## ESQUISTOSSOMOSE (BILHARZIOSE)

A propagação desta doença é uma consequência directa do desenvolvimento rural: a construção de barragens e canais de irrigação criam vastas zonas de águas paradas, o que constitui um meio ideal para a reprodução dos parasitas. Mais de 200 milhões de pessoas, nos países do Terceiro Mundo, sofrem de uma infecção crónica por vermes minúsculos que se encontram sob diversas formas nos seres humanos, nos moluscos e na água. A doença passa por várias fases. Quando uma pessoa toma banho em água contaminada pode notar uma erupção logo no dia seguinte. Entre 3 e 7 semanas mais tarde, declara-se uma febre alta, acompanhada de grande fraqueza, dores de cabeça, diarreia e tosse. O fígado e o baço ficam inchados e no sangue — quando examinado ao microscópio — encontra-se um grande número de eosinófilos. A febre pode manter-se ao longo de várias semanas. Quando a doença se torna crónica, os vermes depositam os ovos em diferentes partes do corpo. Praticamente qualquer parte do corpo pode ser afectada e os sintomas são, em geral, vagos: fraqueza, fadiga e falta de energia. Existe um tipo de esquistossomose que provoca o aparecimento de sangue nas urinas: a necessidade de urinar torna-se, nestes casos, urgente e o acto de micção doloroso.

Actualmente descobriu-se um medicamento que trata todo e qualquer tipo de bilharziose: trata-se do praziquantel (uma dose única por via oral de 40 mg por kg de peso) mas é bastante caro. Na África e no Médio Oriente, o metrifonato é muito acessível e eficaz contra o tipo urinário (3 doses por via oral de 7,5 mg/kg com um intervalo de 14 dias. Na América Latina e nas

## PROTECÇÃO CONTRA O SARAMPO

Dois milhões de crianças com menos de dois anos morrem por ano com sarampo, doença geralmente benigna nas crianças de famílias remediadas. As raízes do mal são a malnutrição e as habitações superlotadas. A vacina que se descobriu contra o sarampo reduz o número de casos fatais, mas não se atacam as causas mais profundas que geram as complicações mortais.

Carabças, pode utilizar-se oxaminiquina (uma única dose por via oral de 15 mg/kg). Para dificultar o contágio é muito importante tratar das pessoas afectadas, pois os vermes são expulsos através da urina e das fezes atingindo lugares frequentados ou contaminando as águas. Ainda não se determinou se é melhor, em termos de custos e benefícios, tratar todos os membros de uma comunidade, ou aqueles em quem a doença foi despistada, ou ainda os grupos sociais mais vulneráveis, como as mulheres a quem cabe a maior parte dos trabalhos de lavagem e do transporte de águas.

No caso de existirem programas eficazes de saúde pública, estas diversas opções podem ser discutidas, eventualmente com os países vizinhos, e experimentadas. Na China foram as próprias comunidades que organizaram a luta contra a bilharziose e conseguiram eliminar os moluscos e seus parasitas; no entanto esta solução só deu resultado nos casos em que a população teve uma participação plena no desenvolvimento sanitário. Vários pesticidas foram experimentados no combate aos moluscos, mas sem grande êxito. Com a secagem e drenagem dos canais de irrigação — onde os moluscos proliferam — consegue reduzir-se a sua quantidade até um máximo de 90%. Mas torna-se necessário repetir esta operação durante os trabalhos de manutenção. Estudou-se a possibilidade de modificar a temperatura, a acidez, o grau de salinidade, a vegetação e o caudal de água nos canais de irrigação. Mas estas medidas nem sempre correspondem à verdade de muitas situações, especialmente quando o processo de desenvolvimento é desigual e as condições de vida da população não sofrem melhorias reais. O próprio Banco Mundial está decepcionado com estes resultados e investe agora nas pesquisas sobre quimioterapia e molusquicidas.

Mas mais importante que tudo isto seria que as próprias populações ameaçadas desenvolvessem um método adaptado à sua situação. É possível, com um mínimo de formação, despistar a bilharziose através da microscopia clássica. A UNICEF vende os medicamentos contra a bilharziose a um preço relativamente baixo. Medidas de saneamento podem reduzir a contaminação das fontes de água infestadas por vermes. Conversas sobre a doença podem incentivar a população a evitar a utilização de água contaminada.

## DOENÇAS DE CHAGAS

Aqui temos um exemplo típico de doença que ataca os rurais pobres. Na América do Sul, mais de 10 milhões de pessoas sofrem deste mal. A doença começa na infância e produz perturbações cardíacas que levam à invalidez por volta dos 40 anos. Os empregadores recusam frequentemente dar traba-

lho a pessoas com esta doença, pois estas vêem-se obrigadas a interromper com frequência o seu trabalho e morrem novas. Os pobres estão mais expostos a esta doença transmitida pelos percevejos que vivem nas gretas das casas que habitam.

Não existe nenhum tratamento eficaz. O DDT não mata os percevejos mas o "Gammexane" dá bons resultados. É necessário pulverizá-lo nas casas, de duas em duas ou quatro em quatro semanas; no entanto, estas pulverizações comportam outros riscos, tanto para os que as efectuam como para os habitantes das casas desinfectadas. Uma solução consiste em mobilizar a população com vista a levar a cabo uma campanha para rebocar as paredes interiores das habitações e calafetar as gretas nas quais os percevejos abundam.

## VERME DA GUINÉ

Calcula-se que este verme filiforme vive debaixo da pele de 20 milhões de habitantes das zonas rurais da África, da península arábica, da Índia e do Paquistão. Em certas regiões, metade da população atingida sofre ainda de invalidez, o que se torna particularmente grave na época das colheitas, quando a mão-de-obra é mais necessária. A doença contraí-se através da água que se bebe e que está contaminada por outros nela terem lavado os pés infectados. As larvas acumulam-se num organismo aquático microscópico chamado ciclope.

Para eliminar o verme da Guiné basta instalar canalizações de água, mas este meio é caro. As comunidades podem, com custos acessíveis, construir poços rodeados de muros de cimento ou tijolo, o que já impede que as pessoas contaminem a água. Foi este o método adoptado em Andhra Pradesh e Rajasthan na Índia. O processo que consiste em filtrar a água através de um pano antes de beber, deu bons resultados na África Ocidental. Aplicando-se estas duas técnicas, consegue-se prevenir a doença. A fêmea do verme da Guiné aloja-se muitas vezes por cima do tornozelo provocando um inchaço. Podemos ver livre dele apanhando a cauda do verme, enrolando-a a um paizito (do tamanho de um fósforo) e puxando-a devagar para fora, aos poucos. O tratamento com medicamentos é difícil e demorado. Foram experimentados 4 medicamentos mas, segundo a OMS, "nenhum é satisfatório para uma terapia massiva".

Parece que o único meio de fazer desaparecer o verme da Guiné é conseguir que a comunidade tome algumas medidas de saneamento de água.

## FILARIOSE

Mais de 250 milhões de habitantes do Terceiro Mundo estão afectados por estes vermes. Muitos nem sequer o sabem: os mosquitos, depois de picarem as pessoas portadoras da doença, vão picar outras que estão sãs, transmitindo-lhes deste modo a doença. Para estabelecer o diagnóstico é necessário examinar o sangue ao microscópio. As pessoas atingidas podem ter acessos repetidos de febre e as glândulas dolorosamente inchadas. Uma perna ou um braço afectados também podem inchar. Trata-se a filariose com citrato de diletil carbamazina em comprimidos de 50 mg; a posologia é de 6 mg/kg durante 12 dias. No início do tratamento, pode acontecer que o doente tenha acessos de febre à medida que os parasitas morrem. Se os doentes não sabiam que estavam atingidos (o que acontece com aqueles que só são identificados durante uma campanha de despistagem) têm tendência para incriminar o tratamento. Na Índia este problema tornou quase impraticáveis algumas campanhas massivas. Pode também administrar-se o DEC-C em pequenas doses repartidas ao longo de vários meses. Há vários problemas de enriquecimento do sal de mesa com o DEC-C (0,3% durante um ano) que também resultaram bem (é possível levar as populações a participarem em programas deste tipo).

A luta contra os mosquitos transmissores é geralmente inoperante. O emprego de insecticidas tem mais inconvenientes que vantagens e para que surtam efeito as operações têm de realizar-se continuamente ao longo de 15 anos. A colocação de mosquiteiros à volta das camas ou das janelas e portas das casas custa caro e só muito relativamente se revelam eficazes.

### VACINA ANTITETÂNICA

A bactéria do tétano penetra através dos golpes e outras feridas; a pessoa afectada sofre dificuldade em deglutir, convulsões (que podem provocar a fractura da espinha dorsal), paragens cardíacas eventualmente mortais. Calcula-se o número de um milhão de vítimas do tétano por ano, tendo a maior parte dos casos sido contraída durante o parto efectuado em condições não higiénicas. É possível inocular as grávidas com anatoxinas tetânicas (duas doses com um intervalo de duas semanas por altura da 35ª e 37ª semanas de gravidez). Os recém-nascidos deviam ser vacinados pelo menos uma vez durante os primeiros meses e depois deveriam ser revacinados por diversas vezes.

## LEISHMANIOSE

Aproximadamente meio milhão de novos casos de infecções causadas por flebotomas são detectados em cada ano. Há dois tipos principais de leishmaniose: um cutâneo e outro visceral. Os dois tipos clínicos podem encontrar-se no mesmo perímetro geográfico. No caso da leishmaniose cutânea, o primeiro sintoma é um nódulo que se forma no local da mordedura do insecto (flebotoma) e que depois úlceras. As úlceras formam-se em geral na parte inferior da perna. Na maior parte dos casos elas acabam por curar-se num ou dois anos, mas se entretanto infectarem podem causar outros problemas. Por vezes todo o corpo fica coberto de borbulhas sem que estes entrem em processo ulcerativo. O kala-azar, o tipo visceral de leishmaniose, provoca o inchaço dos órgãos internos e a anemia. Aproximadamente 3/4 das pessoas afectadas acabam por morrer se não são tratadas. Ainda um tipo, descoberto no Brasil, é a leishmaniose muco-cutânea, ela provoca sequelas graves e pode mesmo mutilar o doente. Não existe uma terapêutica eficaz.

Para combater os tipos curáveis de leishmaniose é conveniente fazer o despiste dos seus sintomas clínicos e transportar os doentes para locais onde possam receber cuidados apropriados.

O exame microscópico exige grande competência, pois esta infecção é mais difícil de diagnosticar do que o paludismo ou a tuberculose. O tratamento não é muito agradável: longo e doloroso, é administrado por injeções. As pulverizações com DDT durante a execução de programas anti-palúdicos tem um efeito espectacular sobre o kala-azar. Após a sua interrupção as epidemias de kala-azar podem trazer muito sofrimento. Uma medida eficaz de saúde pública é o extermínio de roedores, transmissores da doença. Na China, ela foi praticamente debelada pelo abate de cães. Estes são o principal reservatório da infecção na África do Norte. Como a doença reveste formas diferentes de região para região, é necessário, antes de se empreender uma campanha de abate, verificar se são de facto os cães os transmissores da infecção (procedendo ao exame microscópico do sangue).

### VACINA CONTRA A COQUELUCHE

80% das crianças não vacinadas contraem a coqueluche e uma criança em cada 50 morre devido às suas complicações. As mais vulneráveis são as crianças malnutridas. E no entanto dispomos de uma vacina eficaz.

## TRIPANOSSOMOSE (DOENÇA DO SONO)

Há uma grande diferença entre a tripanossomose que encontramos na África Oriental e na África Ocidental, embora ambas sejam transmitidas por moscas.

Na África Ocidental, a tripanossomose ataca sobretudo as mulheres e as crianças; caracteriza-se por um inchaço das glândulas, acesso de febre, uma lassidão extrema; por fim o doente entra em coma. Pessoas aparentemente de excelente saúde podem ser portadoras da doença. Na África Oriental, a morte advém rapidamente se a doença não é tratada e as glândulas incham menos. Por outro lado, é raro que pessoas saudáveis sejam transmissoras da doença. A chaga "clássica" que se forma no local da mordedura uma semana mais tarde, nunca se torna visível para as pessoas que habitam perto das regiões infestadas. Ao fim de uma dezena de dias, os sintomas são os mesmos do paludismo e só quando se constata que o tratamento anti-palúdico não está a dar qualquer resultado e se descobre o parasita no sangue é que se chega a um diagnóstico correcto. Na África Ocidental pode ser útil analisar o líquido glandular. Em casos em que a doença entra já num estado avançado é possível que o parasita se encontre apenas no fluido cérebro-espinhal. Deu-se um passo em frente com a descoberta de um comprimido que, diluído numa gota de sangue, toma uma coloração diferente conforme se trata ou não de uma pessoa afectada com o tipo oeste-africano de tripanossomose. O único tratamento válido é à base de arsénico. No caso de o parasita ter já atingido o cérebro, o melhor medicamento é melarsoprol (injectável numa solução a 3,6%. É importante iniciar o tratamento com doses muito pequenas (um décimo da dose completa) e ir aumentando progressivamente. Muitas vezes há que recorrer a outros medicamentos para que a preparação de arsénico possa ser tolerada.

A razão principal de o combate à tripanossomose conhecer progressos tão lentos reside porventura no facto de esta doença raramente atingir os habitantes dos países industrializados ou as elites urbanas dos países do Terceiro Mundo. Por ano, ela mata "apenas" algumas centenas de camponeses pobres em cada país afectado. Por isso, as pesquisas em ordem a conseguir novas terapêuticas não são consideradas rentáveis. A limpeza dos arbustos onde se encontra a mosca tsé-tsé, transmissor da tripanossomose da África Oriental, é muito cara, quer do ponto de vista financeiro pois é necessário comprar pesticidas e pagar o trabalho, quer do ponto de vista humano pois a mão-de-obra utilizada fica exposta às picadelas da referida mosca e aos efeitos dos produtos anti-parasitas.

## LEPRA

A lepra, que remonta aos tempos mais longínquos, continua a fazer as suas vítimas como na época bíblica, só que agora, em vez de se espalhar pelo mundo inteiro, está circunscrita aos países pobres (que não se situam necessariamente sob os trópicos). Desconhece-se o número exacto de leprosos e, antes que o seu estado tenha sido diagnosticado, numerosos doentes terão já contagiado muitas outras pessoas. Calcula-se que existam na África 700.000 casos de lepra não declarada e as estimativas são análogas para a Ásia e América Latina. Devido à perda de sensibilidade cutânea, são frequentes nos leprosos as chagas, em particular nos dedos, nos pés e noutras partes do corpo de baixa temperatura, como ainda nos lóbulos das orelhas e nas sobrancelhas. Quando infectado podem mutilá-los. Existe um tipo de lepra mais contagioso que os outros e que é reconhecível mesmo num estado relativamente pouco avançado. Toda e qualquer lesão não dolorosa mas persistente ou qualquer perda de sensibilidade do rosto, dedos, pés ou orelhas deveriam ser consideradas como um possível sintoma de lepra, especialmente nos países pobres. As lesões são irregulares e indolores e muitas vezes a pele perde a sua cor natural. Para detectar nervos inchados, outro sinal de lepra, é necessário proceder-se a exame microscópico das lesões cutâneas, o que exige uma certa competência.

Para o tratamento deve combinar-se a acção de dois medicamentos: geralmente dapsona e rifampicina. Se apenas se administra um deles — quase sempre o dapsona — o tratamento tem de durar pelo menos 5 anos, por vezes a vida inteira. A doença mantém-se contagiosa durante grande parte do tratamento. Esta é talvez uma das razões por que não se constatou uma regressão considerável da doença, embora este medicamento tenha sido fabricado em grande escala. Os meios científicos depositam grandes esperanças na elaboração de uma vacina que (administrada em doses repetidas) parece conseguir assegurar uma boa imunidade à lepra. Até que esta vacina venha a ser produzida em grandes quantidades, as melhores armas contra a lepra continuarão a ser o diagnóstico precoce e o tratamento prolongado. Uma vez recebida uma terapêutica regular com uma combinação de medicamentos, as pessoas atingidas poderão sem perigo ser reintegradas nas suas comunidades. Com efeito, esta reintegração é altamente desejável, pois a comunidade aprende assim a conhecer melhor a doença e o doente sente-se encorajado a tomar os medicamentos com regularidade.

### Armazenamento das vacinas

Ainda que actualmente seja mais fácil proceder às vacinações, o transporte e o armazenamento das vacinas em meio rural levanta alguns problemas de ordem prática. O "Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd." (BHRTAG), 95 Maryland High Street, Londres W1M 3DE, acaba de publicar uma brochura que discute em termos simples como fazer a manutenção e reparar as instalações frigoríficas onde as vacinas são guardadas.

### BÓCIO ENDÊMICO

O bócio endémico, ou seja, o inchaço da garganta em consequência do mau funcionamento da tiróide, afecta, segundo se calcula, cerca de 200 milhões de pessoas no mundo. As jovens das zonas rurais são-lhe particularmente vulneráveis. O bócio tem como causa uma carência em iodo; as suas consequências na mulher grávida são muito graves, pois os filhos de mulheres por ele afectadas podem nascer atrasados ou surdos. O tratamento mais eficaz consiste em juntar uma pequena quantidade de iodo ao sal da cozinha. É melhor realizar esta operação antes do empacotamento, sendo o aumento de preço desprezível.

O bócio endémico constitui um tema muito adequado para uma participação da comunidade local na investigação. No caso de mais de 5% dos adolescentes apresentarem um inchaço na parte da frente do pescoço, torna-se urgente fazer pressão sobre os produtores de sal ou sobre o governo para conseguir o sal iodado.

### VACINA CONTRA A DIFTERIA



A difteria propaga-se pela tosse e é em muitos casos consequência de uma urbanização rápida, "sub-produto" do desenvolvimento rural. O doente sente dificuldade em respirar e engolir. O pescoço incha e os músculos da garganta contraem-se. Apesar de existir uma vacina eficaz, ainda hoje morre cerca de um décimo das crianças atingidas pela doença.



### AFECÇÕES DOS OLHOS

Nos países industrializados, as principais causas da cegueira estão relacionadas com a idade (glaucoma, diabetes, degenerescência ocular) e esta doença não afecta mais do que um ou dois indivíduos em mil. Nas regiões rurais do Terceiro Mundo, a proporção é dez vezes mais elevada; ora, em muitos casos, os problemas oculares podiam ter sido evitados. As "quatro grandes" afecções dos olhos são o tracoma, a xerofthalmia, a oncocercose e a catarata.

Nos países do Terceiro Mundo, 500 milhões dos seus habitantes são vítimas do tracoma, sobretudo nas zonas superpovoadas onde a população vive pobremente e em condições de higiene deploráveis. Quando tratado a tempo e horas, o doente pode curar-se mas pode ter uma recaída nos meses seguintes. Bastam algumas gotas de um antibiótico (cloramfenicol, por exemplo) para se obter uma melhoria provisória. No entanto, a infecção continuará a espalhar-se enquanto não forem introduzidas melhorias na higiene e nas condições de vida em geral. É de toda a conveniência associar a comunidade a esta campanha.

A xerofthalmia (olhos secos) que pode ir até à keratose pilar vermelha atrofante é perfeitamente evitável se a alimentação for rica em vitamina A, que existe em alimentos como os legumes de cor verde escura ou frutos e legumes amarelos (como a cenoura). Ainda neste domínio, a população local deve ser associada numa campanha preventiva.

A oncocercose (cegueira dos rios) afecta cerca de 20 milhões de pessoas na África Oriental e na América Latina. Transmite-se por pequenas moscas negras, que vivem perto dos cursos de água e nas albufeiras das barragens. A picadela destes insectos é muito dolorosa. Frequentemente, os primeiros sinais de infecção são um prurido cutâneo, mas seguem-se complicações mais graves quando os vermes atingem os olhos. O tratamento da oncocercose com DEC-C (citrato de dietilcarbazine) não se adequa verdadeiramente a campanhas massivas. É preferível pulverizar com DDT nos locais infestados por estas moscas.

A catarata, a opacidade do cristalino, é geralmente considerada uma doença da velhice. Todavia, na África e na Índia há muitos casos de jovens cuja córnea foi afectada em consequência de infecções ou feridas. É necessária uma intervenção cirúrgica que, quando efectuada por um bom oftalmologista, é relativamente simples. Na Índia existe uma rede de dispensários oftalmológicos bem organizada, onde um cirurgião ajudado por assistentes competentes opera várias pessoas por hora. O custo anda à volta de 5 dólares por doente, a quem se dá ainda um par de óculos de 3 ou 4 dólares.

## PARA UMA MELHOR UTILIZAÇÃO DOS PESTICIDAS

### Pressão e controlo governamental

Antes de adoptarem um programa de utilização de pesticidas, os governos devem estudar cuidadosamente as soluções alternativas sem se deixarem influenciar pelos meios comerciais interessados. O US Environmental Protection Agency (EPA) de Washington, fornece informações sobre os pesticidas registados neste país e os que não foram admitidos, precisando as razões da rejeição.

Pode estudar-se a possibilidade de criar um sistema de homologação dos pesticidas, no entanto, se os seus efeitos não são claramente assinalados, este não será de grande utilidade. Nos casos em que os pesticidas são reembalados ou até produzidos localmente, os governos devem tomar a peito o controlo sobre os processos de fabrico. Pode ser necessário que a análise dos efeitos secundários seja efectuada sem a participação dos que tiram proveito da venda desses produtos. Os governos podem ainda pressionar a OMS, a FAO, a OIT e outras instituições internacionais para que criem um programa intersectorial com o objectivo de avaliar os efeitos dos pesticidas sobre os camponeses do Terceiro Mundo. Várias tentativas empreendidas neste sentido, no início de 1981, abortaram. Cabe aos Estados membros das organizações internacionais retomar a iniciativa.

Pode conduzir-se uma campanha no sentido de fazer com que as normas sobre o uso de pesticidas na agricultura sejam estabelecidas em função das suas repercussões não só na produção mas também na saúde. É igualmente necessário dar mais atenção à procura de soluções alternativas, como a produção local de anti-parasitas biodegradáveis. Neste momento, apenas 7,1% do programa de investigação sobre as doenças tropicais da OMS/Banco Mundial/PNUD se consagra a este tema. No plano nacional, os governos podem tomar medidas que levem os interessados a saber manusear os pesticidas com toda a segurança, e divulgar informações sobre os produtos tóxicos e seus antidotos, bem como sobre os cuidados a ter em caso de acidente.

Será também conveniente restringir o emprego dos pesticidas, encorajando a "luta integrada" contra os inimigos das culturas. Trata-se de um conceito relativamente novo, fundado na convicção de que não é automaticamente necessário utilizar os pesticidas, mas apenas em caso de absoluta necessidade quando uma planta está doente. Caso contrário, é muito preferível recorrer às técnicas de luta biológica introduzindo os inimigos naturais

das pragas nocivas ao mesmo tempo que se recorre a práticas de cultura apropriadas, como uma rotação de culturas. A luta integrada pode ser simples ou complexa, segundo as pragas e as culturas em causa, bem como segundo a ecologia natural do país.

Um exemplo interessante é o de Samoa, onde plantações de coqueiros foram salvas pela introdução artificial de uma doença que afecta o rinoceronte, um devastador feroz que ataca o coração da palma matando-a. Um vírus trazido da Malásia dizimou o parasita e as plantações que constituem a trave mestra da economia nacional foram poupadas.

A FAO preconiza energicamente a generalização da luta integrada contra os inimigos das culturas, que considera o meio mais seguro para destruir as pragas, proteger o bem-estar dos homens e manter uma ecologia sã e equilibrada. Alguns países, nomeadamente a China, a Índia, a Malásia e o Peru obtiveram bons resultados com a aplicação desta técnica.

### Protecção dos utilizadores

Quando se utiliza um pesticida, convém escolher aquele que apresenta menos riscos e não o que se encontra com mais facilidade no comerciante local; os utilizadores devem documentar-se sobre os diferentes grupos e nomes de pesticidas. Depois de os ter utilizado, tem de se lavar cuidadosamente a pele a roupa de modo a reduzir as quantidades absorvidas. Uma boa precaução é a de ensaboar as mãos antes de comer, beber ou fumar.

Seria necessário, na medida do possível, que os utilizadores participassem na avaliação dos efeitos dos pesticidas. Sempre que utilizamos organofosforados (OF) pode ser indicado controlar as taxas de colinesterase no sangue e no soro. Para tal existem instrumentos de colimetria que permitem proceder a um milhar de análises (podem obter-se no Departamento de biologia dos vectores e da luta anti-vectorial da OMS — cujo endereço se indica na pág. 22 deste anexo.) Um operador com experiência pode perfeitamente efectuar cerca de 40 análises por dia.

### O que fazer em caso de intoxicação com pesticidas?

Em caso de intoxicação, os conselhos que se seguem podem ser muito úteis. É preciso evitar que a vítima se exponha novamente aos pesticidas, o que poderia ser fatal, e deitá-la de costas, voltando-lhe a cabeça de lado, boca aberta, língua para fora. Limpar a boca e a garganta com um pano limpo. Deve evitar-se a reanimação oral quando o veneno se introduziu pela boca, mas podemos praticá-la se a intoxicação se deu por inalação.

Se a vítima perdeu os sentidos ou se a matéria tóxica provocou queimaduras ou dores na garganta ou no estômago, não devemos fazê-la vomitar. Façamo-la beber leite ou, na falta deste, água para acalmar as dores. Se a vítima está no seu estado de consciência e não sente dores, devemos dar-lhe leite ou água e fazê-la vomitar metendo-lhe um dedo ou uma colher pela garganta abaixo. A cabeça deve ser mantida inclinada para a frente, para evitar que os pesticidas penetrem nos pulmões enquanto a pessoa vomita. Se a matéria tóxica entrou nos olhos, estes devem ser lavados com água, no mínimo durante 10 minutos. A roupa e a pele têm de ser lavadas com sabão.

Em caso de haver sintomas de envenenamento com algum OP, é necessário dar uma injeção intramuscular de 2-4 mg de sulfato de atropina e 1-2 g de cloruro de pralidoxima (PAM) ou uma injeção intravenosa, dada lentamente, de 250 mg de cloruro de obidoxima (doses para adultos). No caso de os sintomas persistirem pode prolongar-se a injeção de sulfato de atropina. No caso de envenenamento com carbonatos, deve dar-se uma injeção intramuscular de 1-2 mg de atropina, mas não de cloruro de pralidoxima (PAM). Não existem antídotos específicos para os outros pesticidas.

#### Para uma vigilância local dos pesticidas: participação na investigação

A investigação participada pode ajudar a população local a desenvolver os seus conhecimentos e a "amadurecer as suas decisões". Ela é especialmente útil para os trabalhadores que se expõem, correndo por consequência grandes riscos. O simples facto de estabelecer uma lista dos possíveis efeitos dos pesticidas e discuti-los com os interessados para detectar as pessoas afectadas, tem só por si um impacto pedagógico. Informações úteis são assim proporcionadas àqueles que têm necessidade delas. Por outro lado, é provável que a população aprenda assim a proteger-se melhor. É claro que terá de se agir com muito tacto naquelas situações em que as organizações de trabalhadores não são vistas com muitos bons olhos, mas uma campanha de informação pode ser muito bem conduzida junto das pessoas em causa. Os resultados podem servir de base a uma auto-organização das pessoas que se expõem, e levar a que melhorem as suas condições de trabalho, quer directamente quer chamando a atenção para as condições insatisfatórias existentes. Há alguns anos, na cidade de Quezón nas Filipinas, organizou-se uma Junta de assistência aos agricultores com o fim de estudar a utilização dos pesticidas na zona. Na Malásia, a Associação de Consumidores de Penang constitui outro exemplo de investigação comunitária (ver Ideias e Acção nº 116, pág. 38-41 e nº 132, pág. 17-21). Durante os 10 últimos anos descobriu-se a presença de muitos resíduos de pesticidas (que tinham sido proibidos

nos Estados Unidos, alguns há muito tempo) na água da chuva, na água potável, no solo e nas culturas alimentares.

Para aqueles que se propõem empreender uma acção a nível local, recomenda-se as seguintes medidas:

1. Determinar o produto químico empregue (OP, carbonatos, etc.).
2. Requisitar ao fornecedor, produtor ou ao empregador uma folha com informações.
3. Recusar confiar nas indicações tipo "não houve provas" de efeitos nocivos.
4. Estabelecer uma lista de todos os efeitos possíveis, em referência a este artigo, às folhas de informação, às ideias expressas pela própria população.
5. Quanto às perguntas a colocar aos fabricantes ou aos responsáveis pela pulverização:
  - Fez-se alguma coisa com o objectivo de obter provas dos perigos que a longo prazo vêm com a utilização dos pesticidas?
  - Para além dos efeitos imediatos, o que virá a acontecer a mais longo prazo aos pesticidas e aos parasitas? Os pesticidas manter-se-ão activos? O parasita ganhará resistências?
  - No caso de uma campanha alargada de pulverizações levada a cabo sem qualquer consulta à população, o que está previsto quanto à avaliação de efeitos secundários a curto e médio prazo sobre os seres humanos, os animais e os vegetais da região?
  - Existirão outros pesticidas menos tóxicos eventualmente com o mesmo tipo de acção? Não haverá outros meios de combate?
6. Discutir cada uma destas questões com as pessoas expostas e determinar o número das que foram contaminadas.
7. Estabelecer comparações. Enumerar todos os casos de infecção que foram diagnosticados na comunidade (por exemplo: problemas oculares, eczemas, abortos, malformações congénitas, impotência). Investigar se, em cada caso, o interessado não terá estado em contacto com pesticidas e determinar durante quanto tempo. Determinar a percentagem da população que, embora tenha sido exposta aos pesticidas, não ficou contaminada. Em comunidades muito numerosas, podemos proceder por sondagens e fazer, por exemplo, um inquérito numa escala de 1/10 ou 1/100 das habitações.

8. O cálculo dos riscos das pessoas expostas pode ser feito por uma equação muito simples:

Número de pessoas expostas e contaminadas	×	Número de pessoas não expostas e não contaminadas	
			= estimativa do risco
Número de pessoas contaminadas mas não expostas	×	Número de pessoas não contaminadas mas expostas	

Por exemplo, se em 36 pessoas que tenham procedido a pulverizações, 10 sofrem de problemas oculares contra 3% no resto da comunidade, a equação é a seguinte:

$$\frac{10 \times 97}{3 \times 26} = 12,4$$

97 obtém-se deduzindo 3 de 100 e 26 deduzindo 10 de 36. Noutros termos, aqueles que procedem a pulverizações têm 12 vezes mais possibilidades de sofrer de problemas oculares que os outros. Nem sempre é muito fácil determinar se estes problemas nos olhos são efectivamente devidos aos pesticidas. Por outro lado, nos casos em que o número de pessoas expostas é muito reduzido e em que os problemas sejam muito raros, é possível chegar à conclusão de que não existe "qualquer risco", quando na realidade ele existe mas o estudo foi demasiado limitado para o determinar.

#### Tipos de pesticidas

##### *Organofosfatos (OP)*

Os OP, em especial o paratião, são os pesticidas que provocam mais mortes. Em 1975 no Paquistão, onde se utilizou o malatião num programa de luta anti-palúdica, em 7.500 pulverizadores 2.800 adoeceram e 5 morreram. Apesar disto, tem havido ao longo destes últimos anos uma progressão espectacular do emprego dos OP, em substituição dos pesticidas "clássicos" como o DDT.

Os sintomas de intoxicação benigna são a lassidão, dores de cabeça, vertigens, estados de confusão mental, engrossamento dos dedos das mãos e dos artelhos, náuseas e vômitos, dificuldade em respirar, transpiração excessiva, dores abdominais e diarreia. Se a intoxicação for mais séria, para além de todos estes sintomas a vítima deixa de andar, sente uma fraqueza generalizada e tem dificuldade em falar. Em caso de intoxicação grave, perde em geral a consciência e respira com dificuldade, a paralisia atinge os braços e as pernas e as pupilas contraem-se. Um dos efeitos dos OP é reduzir o nível de um determinado enzima, chamada colinesterase, no sangue; a concentração pode ser medida para vigiar a exposição se dispusermos da aparelhagem necessária.

Em caso de intoxicações com OP, o antídoto é o sulfato de atropina injectável. O cloruro de pralidoxima (PAM) se for administrado a tempo após uma intoxicação aguda pode contrariar alguns dos seus efeitos.

Pouco se sabe dos efeitos a longo prazo dum eventual envenenamento, seja ele de tipo agudo ou crónico. Traumatismos emocionais, da memória e do comportamento foram detectados após seis meses, e às vezes mais, do acidente. Também sabemos que os problemas causados a nível do sistema nervoso podem só se manifestar depois de algum tempo. Nos Estados Unidos, nos anos 30, milhares de pessoas foram atingidas por uma doença chamada "ginger jake paralysis" após terem consumido bebidas contaminadas à base de gengibre da Jamaica. Em 1959, a venda como óleo culinário de carburantes contendo OP, como azeite de cozinha, produziu vários milhares de casos de intoxicação em Marrocos. Em 1976, a "Occupational Safety and Health Administration" (OSHA) do Ministério do Trabalho em Washington revelou que os operários de uma fábrica de leptofos do Texas tinham acusado graves desordens do sistema nervoso central. Os seus camaradas tinham-lhe posto a alcunha de "Phosvel Zombies" ("Phosvel" é a marca da fábrica do leptofos), pois eles não conseguiam coordenar os movimentos e eram incapazes de trabalhar, exprimir-se com clareza ou reflectir. Os operários levantaram um processo contra a sociedade, que fechou a fábrica, mas que continuou a exportar pesticidas para o Terceiro Mundo. Em 1978, ela levou a cabo três operações de exportação para a Costa Rica com uma licença de importação oficialmente concedida pelo Ministério da Agricultura deste país. Na Colômbia, o "Phosvel" foi proibido em Julho de 1977. Então a sociedade transfere os seus restantes stocks para uma zona franca, juridicamente situada fora da esfera de competência da Colômbia e prosseguiu as suas vendas aos países vizinhos, onde o produto ainda não fora interdito.

Podemos citar como exemplos de OP: o mevinfos, fosfamidação, paratião, malatião, etião, triclofone, crufomate, leptofos, ENP, clorpirifos e diazinon.

#### *Carbonatos*

Utilizamos os pesticidas deste grupo contra os insectos e as ervas daninhas. A sua utilização é bastante corrente, embora numa escala diferente e inferior a dos OP.

Os efeitos secundários são inferiores aos dos OP, mas aparecem, sem qualquer dúvida, mais cedo. É de esperar que uma pessoa exposta procurará proteger-se e assim é menos provável que venha a absorver uma dose já tóxica. Em caso de intoxicação com carbonatos, recorre-se igualmente ao sulfeto de atropina, mas o sêcretio de pralidoxima (PAM) deve excluí-se.

Alguns exemplos de carbonatos: manebe, zinebe, zirame, carbaril, metomil, EPTC e butilato.

#### *Hidrocarbonetos de cloro*

São os pesticidas como o DDT, a dieldrina, toxafene, clordane, lindano e hexaclorobenzeno (HCB).

Não sabemos ao certo quais são os efeitos nocivos destes pesticidas no homem, mas provocam ansiedade, tremuras, excitabilidade e convulsões; podem mesmo levar à morte. Mesmo passado bastante tempo sobre a exposição a estes produtos, podem persistir lesões cerebrais, hepatites, anemias e uma gama variada de problemas de pele, rigidez das articulações e perda de peso. Alguns causam esterilidade e cancro. Não existe tratamento contra a intoxicação causada pelos hidrocarbonetos clorados.

#### *Compostos de clorofenoxi*

Entre os pesticidas (herbicidas) deste grupo, cujo número ultrapassa os 150, os mais utilizados são o 2,4-D e o 2,4,5-T, o MPCA (óxido metilclorofenoxiacético) e o "Silvex".

Os poucos dados de que dispomos sobre o 2,4-D e o 2,4,5-T indicam que eles podem estar na origem de deformações congénitas, abortos espontâneos e cancro no fígado.

Os pesticidas deste grupo são misturados frequentemente com um produto químico muito tóxico, a dioxina, que provoca problemas cutâneos

(especialmente à volta dos olhos) e afecta o fígado, o metabolismo das gorduras, a formação do sangue, o aparelho cardiovascular e as reacções de imunização. A dioxina também é cancerígena e provoca deformações congénitas. Ela afecta também o ouvido e o gosto; por outro lado, parece que ela provoca ainda irritabilidade, insónias, uma perda de energia e, em alguns casos, impotência. Manifestações psiquiátricas são frequentes e amiúde graves.

#### *Dipiridilos*

São herbicidas de contacto o paraquat, diquat e morfamquat.

Responsabiliza-se muitas vezes o paraquat por intoxicações mortais que provocam a morte em poucas horas, ou até três semanas, após a primeira exposição. Não existe nenhum antídoto. Entre 1962 e 1981 registaram-se ao todo 124 mortes devido ao paraquat, sobretudo em consequência de lesões pulmonares.

#### *Fumigantes*

Tetracloro de carbono, brometo de metilo, disulfureto de carbono DBCP (1,2 dibromo-3-cloropropano).

Entre os efeitos secundários dos fumigantes podemos citar a icterícia, insuficiências renais, problemas psíquicos e esterilidade. O disulfureto de carbono é muitas vezes responsável por traumas cardíacos entre aqueles que o utilizam com frequência. Também neste caso não existe qualquer antídoto.

## SELECÇÃO DE REFERÊNCIAS

(relativas ao artigo sobre os pesticidas)

Chapin G e Wasserstrom R., "Agricultural production and malaria resurgence in Central America and India", *Nature* (vol. 293, nº 5829, 17 de Setembro 1981), Londres. Semanário publicado em inglês; assinatura anual: £ RU 85 (ISSN-0028-0836).

Weir D. e Schapiro M., *Pesticides sans frontières*. Publicado em francês e inglês. Declaração de Berna, CU-1000 Lausanne, Suíça, 1982. (Preço: FS 8).

Bull D., *A Growing Problem: Pesticides and the Third World Poor*. Publicado apenas em inglês por OXFAM e distribuído por Third World Publications, Birmingham, Reino Unido, Julho 1982. (Preço: £ 4.95).

Sahabat Alam Malaysia (Amigos da Terra — Malásia), *Pesticides Problems in a Developing Country — A Case Study of Malaysia*. Friends of the Earth Malaysia. Penang, Malásia, 1981 (apenas em inglês. Preço: US \$ 3).

ICAITI, *Estudio de las consecuencias ambientales y económicas del uso de plaguicidas en la producción de algodón de Centroamérica*. Relatório final. Instituto centroamericano de investigação e tecnologia industrial (ICAITI) e Academia das Ciências dos Estados Unidos (NAS), Guatemala e Washington, Janeiro 1977. Em espanhol e inglês (preço: US \$ 30).

OMS, *Segurança na utilização de pesticidas*. Série de relatórios técnicos 513 OMS. Geneve, 1973 (em francês, espanhol, inglês e russo).

— *Segurança na utilização de pesticidas*. 3º Relatório do Comité da OMS de peritos de biologia de vectores e da luta anti-vectorial. Série de Relatórios técnicos 634. OMS. Geneve, 1979 (em francês, inglês e espanhol).

BIT, "Dans la lutte contre la pauvreté rurale la croissance ne suffit pas", *Informations OIT*, BIT, Vol. 16, nº 1, Fevereiro de 1980. Publicado 5 vezes por ano em 15 idiomas.

— *Safe Use of Pesticides: Guideline*. Série segurança, higiene e medicina do trabalho 38, Geneve, 1977 (apenas em inglês).

Metcalf R.L., "Integrated Pest Management", *CRY California*, California Tomorrow, San Francisco, USA, vol. 15, nº 1, inverno 1979-80 (trimestral, apenas em inglês).

US Peace Corps, *Pesticides — Resource Packet nº 2*. Duas brochuras, 1977 e 1978, publicadas por Information Collection and Exchange, US Peace Corps, Washington (material educativo para um manuseamento dos pesticidas exempto de perigos).

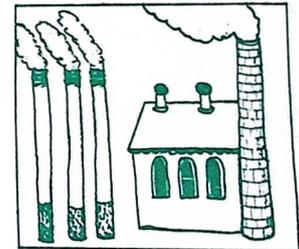
Os pedidos de informações relativos a publicações sobre os pesticidas (que são em geral de natureza muito técnica) devem ser dirigidos à Secção de distribuição e vendas, Divisão de publicações, FAO, I-00100 Roma.

## O TABACO E O DESENVOLVIMENTO RURAL

Sem falar nos sofrimentos humanos ocasionados pelo vício do tabaco, fumar implica custos elevados tanto no plano social como económico, mas tais incidências só se fazem sentir a longo prazo. Mas, por outro lado, a cultura do tabaco garante aos proprietários das plantações um lucro imediato. Esta constitui igualmente uma fonte abundante de receitas e divisas para os governos. As vantagens a curto prazo que os proprietários rurais e o Estado tiram dela têm como contraponto uma redução das culturas alimentares de que os camponeses pobres se ressentem. Nos países industrializados onde os proprietários rurais e o Estado não se interessam muito pela cultura do tabaco; a grande preocupação com os perigos do tabaco está sobretudo orientada para o que ele representa para a saúde dos fumadores. Muitos destes países chegam actualmente a exigir que os próprios maços de tabaco contenham informações sobre os malefícios do tabaco, com excepção daqueles que se destinam a ser vendidos no Terceiro Mundo.

A produção de tabaco está em grande parte concentrada no Terceiro Mundo; assim, em 1979, para uma produção total de 5,5 milhões de toneladas, 63% provinham de países em desenvolvimento, enquanto que na década de 60 esta proporção não ia além dos 52%. Nos Estados Unidos e Canadá, a produção de tabaco diminuiu à medida que a agricultura se diversifica; pelo contrário, ela fornece mais de 50% das receitas de exportações agrícolas do Zimbabwe, do Malawi e da Zâmbia, mais de 25% das da Turquia e cerca de 10% das da Índia, Paraguai e República da Coreia. Nestes países, muitos pequenos agricultores substituíram em parte as culturas alimentares por culturas de exportação e vêem-se muitas vezes expulsos das suas terras porque são incapazes de sustentar a concorrência dos grandes monopólios no mercado do tabaco. Deste modo, a produção alimentar no Terceiro Mundo está em regressão, um número cada vez maior de agricultores são marginalizados, as receitas fiscais e de exportação são engolidas pelos burocratas administrativos, o produto final é vendido sem restrições e a publicidade é livre.

Para além de incentivos pouco convincentes encorajando a diversificação da produção, não há grande coisa a fazer para melhorar esta situação à escala internacional. Ao fim e ao cabo, só a população rural estaria à altura de conduzir uma acção eficaz, mas para tanto é primeiro que tudo necessário que esta se organize a nível local.



## MORADAS ÚTEIS

(no que respeita ao saneamento e aos pesticidas)

Centro internacional de referência (CIR) para o abastecimento colectivo de água e saneamento (em colaboração com a OMS)  
C.P. 5500  
2280 HM Rijswijk, Holanda

Intermediate Technology Development Group  
9 King Street  
Londres WC2E 8HN

Röss Institute for Tropical Hygiene  
c/o London School of Hygiene and Tropical Medicine  
Keppel Street (Gower Street)  
Londres WC1E 7HT

WASH (Water and Sanitation for Health Project — USAID)  
Coordination and Information Center  
1611 North Kent Street, Suite 1002  
Arlington, VA 22209, USA

Environment Sanitation Information Center  
Asian Institute of Technology  
P.O. Box 2754  
Bangcoque, Tailândia

Centre international de référence (CIR) pour l'évacuation des déchets solides  
(em colaboração com a OMS)  
Ueberlandstrasse 133  
CH-8600 Dübendorf, Suíça

Division de la biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle  
Organização Mundial de Saúde (OMS)  
CH-1211 Genève 27.

(Podem dirigir-se a esta divisão para obter o necessário para controlar as taxas de clorinesterase no sangue e no soro quando duma intoxicação por organofosforados. A dita Divisão fornece igualmente, a pedido, fichas informativas sobre a maior parte dos pesticidas empregues correntemente, que são muito técnicas mas completas e detalhadas).

Asia Monitor Resource Centre  
2 Man Wan Road  
17-C Kowloon, Hong-Kong.

(Centro de pesquisa sobre os perigos que representa a utilização dos produtos químicos, incluindo os pesticidas. Possui documentação de referência disponível; produz material educativo e encoraja a investigação neste domínio. Interessa-se prioritariamente na organização "de base" de estudo das questões de riscos químicos).

Health Development Consulting Collective (BM HDCC)  
Londres WC1N 3XX

(Colectivo que proporciona uma rede internacional de especialistas em numerosos assuntos de medicina e saúde pública. Ele pode dar conselhos sobre os métodos a seguir se se fizer uma avaliação dos efeitos de envenenamento com pesticidas).

Acção sanitária internacional  
c/o Bureau regional de l'IOCU pour l'Asie et le Pacifique (organização internacional das uniões de consumidores)  
C.P. 1045  
Penang, Malásia

(Rede oficiosa de grupos de consumidores, grupos profissionais, de acção para o desenvolvimento e outros grupos de interesse público que se ocupam de questões relativas a produtos químicos. Publica um boletim bimestral — edição em inglês e malaio — para os seus membros).

Environment Liaison Centre  
Ministère de l'Environnement  
C.P. 72461  
Nairobi, Kenia

GRET (Groupe de recherche et d'échanges technologiques)  
att. J.-M. Collombon  
34, rue Dumont d'Urville, F-75116 Paris

Appropriate Technology Development Association  
att. M.M. Hoda  
P.O. Box 311, Gandhi Bhawan  
Lucknow 226001, Uttar Pradesh, Índia

**Periódicos (gratuitos ou a baixo preço) sobre a saúde**

**Contact** Commission Médicale chrétienne (CMC), Conseil Ecuménique des Eglises (COE), Case Postale 66, CH-1211 Genève 20.

Descreve frequentemente programas comunitários e inovadores de saúde (bimestral, gratuito, edições: francês, inglês, espanhol e português).

**Forum Mondial de la Santé** Revue internationale de développement sanitaire, OMS, CH-1211, Genève 27.

Foi concebido como um espaço de discussão para as pessoas interessadas nos cuidados primários de saúde (trimestral; FS 10 cada número, FS 40 — assinatura anual; edições: francês, inglês, árabe, chinês, espanhol e russo).

**Health Links** Third World First, 232 Cowley Road, Oxford OX4 1UH, Reino Unido.

Brochuras que se debruçam sobre questões de saúde relacionadas com o Terceiro Mundo e contendo bibliografias e guias de referência (preço: £ RU 0,80 cada número; só em inglês).

**Link** ACHAN (Asian Community Health Action Network), Flat 2A, 144 Prince Edward Road, Kowloon, Hong-Kong.

Oferece uma rede completa de actividades de saúde comunitária na Ásia (gratuito, só em inglês).

**Salubritas** APHA (American Public Health Association), 1015 Eighteenth Street NW, Washington, DC 20036.

Colecção de informações úteis sobre a saúde (trimestral; gratuito; edições: francês, inglês e espanhol).

**TALC** (Teaching Aids at Low Cost), Foundation for Teaching Aids at Low Cost, Institute of Child Health, University of London, 30 Guilford Street, Londres WC1N 1EH.

Produz diapositivos a cores, diagramas, grafismos, opúsculos e manuais para utilização dos agentes e monitores sanitários.

*As listas que precedem não têm a pretensão de ser completas e têm por base o material à disposição do co-redactor e dos membros do colectivo de redacção. Esperamos contudo que elas venham a permitir aos leitores entrar em contacto com pessoas, grupos e autores que lhes possam ser úteis.*

**INDICE**

Reportório de tecnologias apropriadas .....	2A
— a desidratação e a diarreia .....	3A
<b>Medicamentos</b>	
— independência farmacéutica .....	4A
— lista de medicamentos essenciais nos dispensários rurais .....	5A
notas para a utilização da lista de medicamentos	
<b>Experiências comunitárias e programas de formação de agentes sanitários</b> .....	6A
<b>Alguns princípios fundamentais de saneamento rural</b> .....	8A
— algumas referências bibliográficas (saneamentos) .....	8A
— fossas para adubos .....	10A
— selecção de dados de referências (Decénio da Água das Nações Unidas) .....	11A
<b>A saúde da mulher e o desenvolvimento rural</b> .....	11A
<b>As doenças e suas consequências em meio rural</b>	
— paludismo .....	11A
— tuberculose, quistosomíase (bilharziose) .....	12A
— doença de Chagas, verme da Guiné .....	13A
— filaríase, leishmaniose .....	14A
— doença do sono, lepra .....	15A
— bocio endémico, afecções dos olhos .....	16A
— medidas de protecção contra algumas doenças .....	11, 12, 13, 14, 16A
— selecção de dados de referência (pesticidas) .....	17A
<b>O tabaco e o desenvolvimento rural</b> .....	21A
<b>Lista de moradas úteis</b> .....	22A
<b>Lista de publicações sobre a saúde</b> .....	23A

**ILUSTRAÇÕES**

Desenho da Década um ano depois (PNUD) 3A, desenho (adaptado) do New Internationalist (Oxford, R. U.), Março 1980 4A (a direita), foto de M. Zeller (foto no Gana) 10A, desenhos de Princípios de Protecção contra algumas doenças correntes em zonas desérticas (CESTAS, Bolonha, Itália), 1982 16A, desenho de Saúde do Mundo (OMS), Janeiro, Março 1980 21A, pag. 24A extraída (e adaptada) de Saúde do Mundo, Setembro 1973.



Dioscorides, que viveu no século I, escreveu o primeiro tratado de matéria médica (descrição das espécies medicinais). O seu trabalho seria considerado uma autoridade durante 1600 anos.

Na ilustração ao lado (tirada de um manuscrito do século XIII originário do norte do Iraque ou da Síria) ele expõe as virtudes da mandrágora.

Os conhecimentos sobre as propriedades das plantas foram transmitidos de geração em geração pelo ensino de mestre a discípulo.

Só com a condição de tomarem parte neste processo de transformação é que os agentes de saúde poderão cumprir cabalmente a sua missão. Com esta estrutura "vertical" da formação, dos poderes e das responsabilidades é muito difícil que os programas públicos — por muito bem intencionados que sejam — preparem agentes de saúde para desenvolver uma acção dinâmica centrada na população.

### Uma alternativa: agentes de saúde comunitária que sejam responsáveis, em primeiro lugar, perante os desfavorecidos

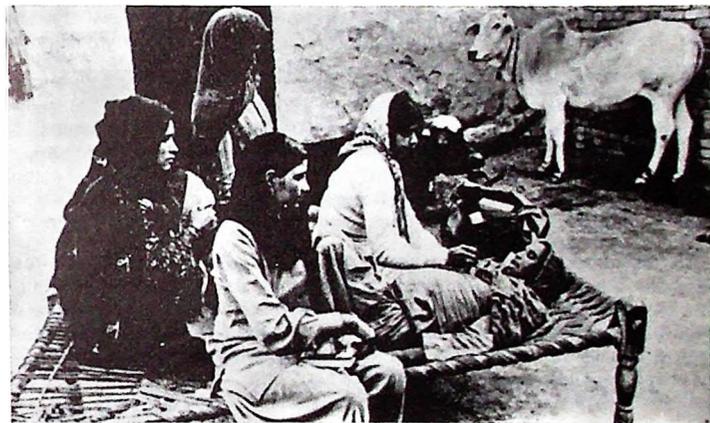
Se os grandes programas centralizados, na maior parte dos casos, só conseguiram criar uma participação comunitária de fachada, não invalidam no entanto que existam em muitos países excelentes exemplos de cooperação activa entre os membros de uma comunidade no domínio da saúde. Assistimos especialmente a um brotar de iniciativas privadas modestas que se vieram a desenvolver no seio das comunidades, para responder às necessidades populares.

Nestes programas, agentes de saúde de tipo novo começaram a desempenhar um papel preponderante. Existe uma semelhança evidente em muitas partes do mundo — Bangladesh, Índia, Filipinas, México, Nicarágua, Honduras, El Salvador, Guatemala — entre os papéis destes agentes de saúde, tanto no plano sócio-político como a nível de direcção, em programas estabelecidos em prol da comunidade.

Estes agentes têm em comum uma entrega total ao serviço dos pobres. Eles identificam-se profundamente com os mais miseráveis, perante quem se sentem responsáveis. O seu lema é a saúde para todos, mas uma saúde baseada na compreensão, na igualdade, na distribuição equitativa da terra, da riqueza e do poder, na justiça política.

Enquanto que nos programas centralizados o esforço educativo tende geralmente para modificar as atitudes e os comportamentos dos pobres, os programas de base comunitária empenham-se em ajudar a população a transformar o meio.

Um dos aspectos mais apaixonantes deste novo movimento mundial de base comunitária, ainda que descentralizado e heterógeno, é o facto de ele não estar enfeudado a nenhuma doutrina rígida, religiosa ou política. Contrariamente a muitas opiniões, os que o compõem não estão de modo nenhum



alinhados com organizações comunistas militantes. Com efeito, a maior parte dos seus dirigentes reconhece os perigos que representa uma integração num sistema rígido e centralizado, seja ele comunista ou capitalista. Têm mais confiança em grupos restritos de trabalhadores do que nas grandes instâncias centralizadas, seja de que natureza forem. Longe de aderirem a dogmas estabelecidos, eles vão resolvendo os problemas até aqui sem solução. E mesmo quando têm convicções bem enraizadas, aceitam a crítica de boa vontade e estimulam a reflexão objectiva e pessoal. Estão convencidos de que é necessário ajudar os sem-poder e os oprimidos a melhor compreenderem os factores que moldam a sua saúde e a sua vida, a tornarem-se mais fortes.

Com base nesta concepção pragmática do homem, nasceu um modo de encarar a formação, o papel e as responsabilidades dos agentes de saúde comunitária inteiramente novo. Ideias e métodos foram espalhados pelas teias de redes informais, pelo mundo inteiro.

Vejamos algumas características desta atitude centrada na população:

1. Não existe um "plano-tipo" pré-estabelecido das actividades de formação. Intencionalmente, os planos não são "reprodutíveis", nem sequer na mesma região. Pelo contrário, a planificação e a programação vão-se construindo, como fazendo parte integrante da aprendizagem. Os participantes a todos os escalões (professores, estudantes, membros da comunidade) são

convidados a elaborar, rever e criticar os planos. O programa, deste modo, não se torna estático ou desactualizado. Ele evolui continuamente para melhor responder às necessidades da população.

2. Professores e alunos consideram-se e tratam-se como iguais. Respeitam o saber o a experiência uns dos outros (em qualquer nível de ensino) e permutam conhecimentos. Esta atitude ajuda a que os agentes de saúde considerem por sua vez os membros da comunidade como iguais e estão melhor capacitados para encorajar aqueles a ganharem confiança em si próprios, na sua experiência e na sua capacidade de alterar a situação.

3. Os uniformes, os diplomas, os grandes palavrões técnicos e outros símbolos que tendem a isolar os agentes de saúde da população ou a sacralizar os cuidados de saúde são voluntariamente evitados. Ao contrário, é recomendado aos agentes de saúde que partilhem livremente o que aprenderam e que formem, entre os membros da comunidade, o maior número possível de colaboradores.

4. Os alunos mais dotados, em vez de serem atirados para a frente e favorecidos, enquanto os menos dotados ficam para trás, são incitados a ajudar estes. Os agentes de saúde aprendem assim que uma educação não privilegia o forte à custa do fraco.

5. As técnicas pedagógicas, a organização da comunidade e o conhecimento "do que faz adoecer as pessoas" assumem um lugar importante nos programas de formação. Partindo do princípio de que primeiro há que responder aos desejos da população, muitos programas de base comunitária dão aos agentes sanitários noções úteis de medicina curativa. Isto proporciona-lhes a credibilidade de que vão precisar para fazerem a população aceitar as actividades relativas à prevenção e transformação social.

6. O ensino não tem por base a memorização mas os exercícios práticos e a solução de casos concretos. Tem por base a observação, a reflexão e as realizações. O centro do estudo não é a sala de aula mas a comunidade. O curso compreende numerosas montagens de psicodramas e outros métodos de formação activa. As aulas magistrais são substituídas por discussões em



grupo, cantigas, cenas de teatro e outros métodos de aprendizagem e outros métodos enraizados nas tradições locais

7. Os instrumentos didácticos são simples, baratos e originais. Muitas vezes os alunos colaboram na sua produção ou são mesmo eles que os inventam. Os melhores auxiliares didácticos não são aqueles que procuram provar teorias, mas os que ajudam os alunos e por perguntas e a descobrir, por si próprios, as respostas.

8. A saúde é considerada como um estado de bem estar integral que permite às pessoas trabalhar em comum para fazerem por si próprias face às suas necessidades. Uma pessoa só pode estar de boa saúde se se coloca bem em relação aos outros e se reconhecer os factores que influem no seu bem estar. Por tudo isto, as actividades que incentiva, uma tomada de consciência crítica tornam-se um elemento essencial da formação e do trabalho dos agentes de saúde na comunidade...

## Os fermentos de transformação

Os fermentos de transformação já começaram a dar os seus frutos. Torna-se evidente no comportamento de muitos grupos reduzidos e de indivíduos que a humanidade está à beira de uma tomada de consciência crítica. À medida que os trabalhadores e os pobres começam a conhecer melhor os seus direitos, a repressão por parte dos detentores do poder torna-se mais dura. Mas quanto mais dura é a repressão mais sensibilizados ficam os necessitados para a urgência de uma mudança. E, pouco a pouco, a base começa a mexer-se. Em muitas partes do mundo, numerosos programas de saúde, restritos e autónomos, de carácter comunitário desempenham um papel determinante neste processo. Não se trata apenas de uma reacção a um qualquer endoutrinamento, mas muito simplesmente do resultado de uma análise honesta das causas sociais do mau estado de saúde.

Com efeito, em muitos programas de base comunitária os agentes de saúde começam por analisar o microcosmo do meio no qual vivem e a compará-lo com o macrocosmo que os rodeia. Isto leva-os a sentirem-se globalmente mais responsáveis. Deixam-se então envolver por um sentimento de fraternidade para com os pobres e os que sofrem nesta terra e um sentimento de solidariedade no compromisso em relação aos outros agentes de saúde que, algures, se vão esforçando por uma comunidade universal, baseada em mais justiça e mais caridade. ●



"Tayo'y para sa tao  
Di mabubuwig  
Kasing tatag ng mga kabundukan  
Di mabubuwig"

"Estamos ao serviço do povo  
somos inabaláveis  
fortes e firmes como uma rocha  
somos inabaláveis"

Extracto de uma canção do folclore filipino



"Estamos ao serviço do povo" — uma coisa bem mais fácil de dizer (ou mesmo de cantar) que de fazer. Durante os 5 anos da minha estada nas Filipinas com os camponeses pobres, este refrão vinha-me à memória todas as vezes que me tinha de confrontar com problemas. As reflexões que aqui apresento neste artigo são resultado do meu trabalho e dos meus contactos com populações cobertas por programas de saúde comunitária.

O meu propósito é apenas o de vos contar alguns dos combates que aí tive de travar...

O agente comunitário vê-se, no início, muitas vezes paralisado pelas suas próprias contradições internas, fruto quer de atitudes e de escalas de valores adquiridas, quer de conhecimentos com que nos apetrecharam...

Instintivamente sentimo-nos todos inclinados a escolher a via mais fácil — aquela onde iremos encontrar menos resistência. E o mais fácil é impôr as nossas decisões, recorrer a métodos que nos são familiares, mesmo que sejam estranhos para a população, ir ao encontro dos nossos próprios interesses, evitar complicações. Pelo contrário, colocar-se ao serviço do povo é uma história muito diferente, recheada de obstáculos de todo o tamanho.

## Autocracia ou democracia

Proclamamos todos bem alto que o que queremos é associar a população às decisões. Mas em que medida é que esta participa na elaboração, execução e avaliação dos programas que, por assim dizer, lhes são destinados? Em que medida os consultamos directamente e sem preconceitos? Como acolhemos as informações e ideias que nos querem dar? Na maior parte dos casos a

## AO SERVIÇO DO POVO

← CAMPO • CIDADE →



reflexões

de um agente de base na Ásia

por Jaime Z. Galvez-Tan

população só intervém na fase de execução — muito raramente na fase de planificação e de avaliação.

Como nós próprios constatámos, associar a população ao trabalho de planificação é difícil. É necessário estabelecer com ela uma comunicação eficaz, o que exige criatividade e flexibilidade. Antes do mais, reunimos os camponeses da aldeia para tomar contacto com eles, mas rapidamente descobrimos que nestas assembleias só uma minoria privilegiada, composta habitualmente por camponeses ricos, negociantes e penhoristas, tomava a palavra. São as pessoas que detêm o poder nas aldeias e não são, de certeza absoluta, nem os mais pobres nem os mais oprimidos. Por isso, a partir de certa altura, encontrávamo-nos em pequenos grupos de 10 a 15 famílias, todas do mesmo bairro. Em reuniões restritas, os camponeses exprimem-se melhor e de um modo mais franco, os debates são mais vivos. Toda a gente pode dar a sua opinião.

Associar a população na fase de planificação exige igualmente perseverança, pois temos de animar os pequenos grupos, explicar-lhes os problemas com cuidado e suscitar reacções. Regra geral, estas não são espontâneas: a

uma pergunta levantada segue-se um grande silêncio. Isto pode tornar-se desencorajador, se não somos nem pacientes nem suficientemente optimistas para saber esperar, dar às pessoas tempo para reflectirem e se exprimirem. Poucos minutos chegam a parecer horas — é altura de respirarmos fundo e dizer para si: "Acalma-te, não há pressa...". No fim, a audiência reage.

As reuniões em pequenos grupos ensinam-nos a ouvir, a esperar, a ser pacientes. Ao ouvir, descobrimos a sabedoria dos camponeses, ao esperar, conseguimos conhecer os seus sentimentos autênticos e ao manifestar paciência e simpatia, estimulamo-los a interessarem-se concretamente pelas coisas que marcam a sua vida.

É fácil impôr as nossas ideias a pessoas que estão, de há muito, habituadas a ser dominadas, mas uma tal atitude nem sempre é rentável. A propósito, apetece-me sempre contar este episódio, que me aconteceu numa aldeia da ilha de Leyte. O inspector do Centro de Saúde tinha organizado uma campanha de vacinação contra a febre tifóide e a cólera numa aldeia. No dia combinado, apenas um pequeno grupo de pessoas se apresentou. O inspector acusa então os camponeses de falta de espírito de colaboração e de não ligarem à saúde. Mas ignora completamente que na data que escolhera estava a colheita do arroz no seu auge. O dilema dos camponeses era o seguinte: ou garantir a subsistência ou proteger-se contra a tifóide e a cólera. Se o inspector os tivesse consultado antes de organizar a campanha, eles ter-lhe-iam dito que viesse depois da colheita. Os serviços de saúde teriam sido mais eficazes e a população não teria sido acusada de apatia.

## Utilitarismo ou progressismo

Números e estatísticas são importantes nos dossiers médicos, mas se nos metermos a classificar as pessoas e os doentes em função do número de comprimidos tomados, de picadas recebidas ou de análises de laboratório, os tais números e estatísticas tornam-se instrumentos de desumanização. E no entanto os médicos deixam-se invadir por esta miragem; nas escolas de medicina, o essencial é apanhar a nota mais alta, ter sucesso o mais depressa possível, chegar ao cimo da escala. Nos hospitais trata-se do caso número tal, desta ou daquela doença. O nome do doente ou como ele se sente é acessório. Em matéria de saúde pública, debatemo-nos com as taxas de doença ou de mortalidade, a incidência desta ou daquela doença. Nunca procuramos saber porque é que as pessoas ainda morrem de pneumonia ou de gastroenterite; por que razão, apesar de tantas campanhas contra a tuberculose e a quistosomiase, estas doenças continuam a provocar epidemias. O êxito

profissional mede-se pelo que se ganha, pelo número de carros e de casas que se possuem, da clientela que se tem! E esta reacção está tão enraizada em nós que já nos é quase impossível abstermo-nos de quantificar tudo, e ficamos assim aptos a estabelecer meras relações impessoais, sem qualquer afectividade, com os nossos doentes e suas famílias.

Trabalhar no seio de uma comunidade e sermos postos em contacto com os múltiplos aspectos da vida quotidiana dos camponeses facilita a nossa conversão. Com eles, percorremos um quilómetro ao sol para ir buscar água, lavamos a roupa no rio, tomamos parte nas sementeiras e nas colheitas, nos divertimentos e nas festas populares. Por exemplo, sentimo-nos cheios de compaixão por Violeta, que chora com fome ao pé da mãe, que procura desesperadamente qualquer coisa para lhe dar de comer; simpatizamos com Manuel, extenuado pelo esforço da ceifa e que se sente frustrada, pois vai ter de dar metade da colheita ao dono da terra; indignamo-nos ao ouvir o José contar que ficou sem as terras, em favor do penhorista. Vamos descobrindo progressivamente os membros da comunidade **enquanto pessoas**. Aprendemos a partilhar os seus sentimentos e emoções. Como poderíamos reduzi-los a números depois de ter partilhado tão estreitamente a sua vida?

Tomamos consciência de que as estatísticas não são tudo. Preocupamo-nos então mais com as mudanças nas atitudes das pessoas, o impacto sócio-cultural do nosso trabalho ao melhorar a qualidade de vida e o nível de participação das pessoas, por nós impulsionada.

A situação de pobreza, analfabetismo e exploração que existe no nosso país obrigou-nos a reexaminar os nossos próprios valores. Procuramos incessantemente o porquê das coisas. Porque é que as pessoas são pobres? Porque é que têm fome, no meio da abundância que as rodeia? Porque é que o fosso entre ricos e pobres vai sempre aumentando? Para encontrar resposta a estas perguntas tivemos de estudar as relações que existem entre as diversas classes sociais, os antecedentes históricos do nosso povo e do nosso país. Tivemos de estudar o processo de produção económica, as crenças, os valores e as atitudes da população. Em poucas palavras, tivemos de nos humanizar!

## Individualismo ou solidariedade

Lutar contra o individualismo é tanto mais duro quanto esta atitude se enraíza na sociedade de livre iniciativa como aquela em que vivemos. O individualismo é ainda reforçado pela formação que nos é dada pelo corpo médico, que favorece uma competição sem tréguas em vez da cooperação e camaradagem.

Como combater o individualismo? Na formação do pessoal empenhamo-nos na formação de atitudes e organizamos reuniões dedicadas à avaliação e à análise dos assuntos correntes. Estimula-se a autocrítica e é dada a maior importância ao espírito de equipa. Médicos, enfermeiros, agentes comunitários, padres, camponeses e pescadores, todos trabalham juntos em pé de igualdade.

Este sentimento de responsabilidade mútua e de partilha transmite-se também nas aldeias ao pessoal da saúde e aos pequenos grupos familiares. O espírito comunitário é reforçado através de várias actividades levadas à prática como o regime de troca nos trabalhos agrícolas, petições apresentadas à administração ou outras instituições pela comunidade com vista a obter certos serviços, as colectas de fundos (por ocasião de acontecimentos sociais, etc.) para financiar projectos à escala da aldeia.

As decisões sobre questões vitais são tomadas em comum. Uma das palavras de ordem do trabalho comunitário é "Nunca decididas nada sozinho". Estimula-se o método de consulta, não só entre os membros do pessoal encarregado do programa, mas entre a própria população, o que cimeta a nossa unidade.

## Médicos de Província

Segundo um inquérito recente efectuado nas Filipinas, apenas 15% dos estudantes de medicina pensavam vir a instalar-se nas zonas rurais, onde vive cerca de 80% da população. Este número que nada tem de surpreendente se pensarmos que tanto a formação que lhes é dispensada com a orientação geral dos programas são centradas nas necessidades dos países industrializados do Ocidente. As Filipinas são, depois da Índia, o país que mais médicos exporta e aquele em que o número de enfermeiros expatriados é mais elevado.

Um estudo feito no Brasil em 1973 demonstrou que a repartição de médicos pelo país não corresponde em nada à da população mas reflecte a dos bancos comerciais.

## Adaptação à vida rural

Se passámos a maior parte da nossa existência nas cidades, sentimos, quando transplantados para o meio rural, um grande desenraizamento. Na altura em que decidi pessoalmente trabalhar no campo, quando me perguntaram quanto tempo tencionava ficar por lá, respondi — um ano. Isto prova

bem até que ponto estava pouco seguro de mim. Iria eu adaptar-me à vida de aldeia? Tinha sobretudo medo do desconhecido. E havia a angústia da separação, era preciso deixar a família, os amigos e renunciar ao conforto da vida a que eu estava habituado.

Pouco a pouco fui descobrindo que havia mil coisas que substituíam os cinemas, as discotecas, a casa de banho, a televisão e todas as outras vantagens da vida da cidade. O sentido da hospitalidade e do acolhimento é extraordinário nos camponeses, em comparação com o anonimato das cidades. O mar, os cursos de água, as cascatas e as fontes rivalizam com qualquer casa de banho. As auroras e os crepúsculos, a música e as danças folclóricas, as festas da aldeia oferecem um prazer completamente diferente. O ar puro, as borboletas, os pássaros e a majestade das paisagens fazem de cada passeio uma festa. Afinal a vida na aldeia não era nem tão difícil nem tão isolada como eu temia.

## Os hábitos alimentares

Temos muito que aprender com a adopção dos hábitos alimentares das regiões rurais. Na cidade fazemos, geralmente, três refeições por dia. No campo, os períodos de abundância alternam com os períodos de penúria. Durante estes últimos, as pessoas comem apenas uma ou duas vezes por dia e as refeições constam apenas de arroz e tubérculos, acompanhados de peixe salgado. É um choque descobrir que a maioria dos nossos compatriotas não tem o suficiente para comer.

A este respeito, lembro-me de uma coisa que me aconteceu numa aldeia da ilha de Samar. Ao pequeno-almoço serviram-nos batatas e sal. Pensei que fosse um aperitivo e depois de comer o que tinha no prato perguntei o que se seguia. O que me arrependi! Estávamos numa época de carência e além de batatas nada mais havia para comer. Caíram-me lágrimas de vergonha e tristeza, enquanto apanhava as preciosas migalhas de sal...

## As pressões familiares

Como não estudaram medicina, as nossas famílias põem em nós grandes esperanças. A sua ambição é ver-nos abrir um consultório na cidade, e a vida de um médico de aldeia nada tem a ver com o que tinham sonhado para nós.

Logo de princípio, os meus pais ficaram decepcionados quando souberam que eu decidira ir instalar-me no meio rural. Viam-me num grande hospital

urbano, a ir ao estrangeiro especializar-me e fazer carreira. Tive de lhes explicar as alegrias e descobertas que a minha actividade me proporcionava. Precisarão de tempo para aceitar a minha vocação. Mas, como o que mais lhes importava era verem-me feliz e realizado, acabaram por me ajudar muito.

Mas alguns colegas não tiveram essa sorte. O principal handicap é o dinheiro: devem ajudar os irmãos e irmãs ainda estudantes e contribuir para os gastos da família. Muitas vezes os pais lembram-lhes tudo o que gastaram com a sua educação e esperam por sua vez que eles os ajudem. Tocam-nos na corda sensível. "Es o único médico da família. Precisamos que nos trates". Uma das nossas médicas foi mesmo submetida a uma chantagem por parte da mãe, que lhe afirmava ter de ir aos Estados Unidos fazer uma operação grave ao coração, para o que precisava da companhia da filha. Depois de alguns telegramas de pressão, a minha colega comprou um bilhete de avião pago no destino, para afinal chegar a constatar que a mãe não estava assim tão mal. Mas como só tinha bilhete de ida, teve de ficar nos Estados Unidos.

O agente comunitário é pois colocado perante uma opção: pôr-se ao serviço da família ou ao serviço da comunidade. Em qualquer dos casos, a pressão das convenções é sempre muito forte.

Autocracia, utilitarismo, individualismo e elitismo são resíduos da época colonial e feudal. As Filipinas, como outros países do Extremo Oriente, viveram durante quatro séculos sob domínio estrangeiro. As atitudes que então se formaram são um obstáculo e tornam a nossa colaboração com a população mais difícil, mas felizmente estamos a tomar cada vez mais consciência deste problema e de que é possível fazer qualquer coisa para o ultrapassar.

Põem-se-nos os mesmos dilemas quando se trata de decidir como é que pomos os nossos conhecimentos em prática. Vamos apoiar-nos simplesmente em concepções e técnicas ocidentais ou mantemo-nos abertos a costumes e crenças ancestrais? Contentamo-nos em tratar das doenças ou vamos também querer preveni-las? Como é que vamos exercer estes novos papéis sem dominar? Se sim, não tememos parar e isolarmo-nos sob o plano profissional?

## Práticas ocidentais ou costumes indígenas

O nosso sistema educativo é fortemente ocidentalizado e copia principalmente o norte-americano. Inclusivamente éramos castigados na escola,

lembro-me eu bem, se falássemos a nossa língua materna (era suposto falarmos sempre em inglês). Nas faculdades de medicina, ensinaram-nos mais a tratar das doenças americanas do que das que afligem os nossos compatriotas e preparavam-nos para passarmos os exames nos Estados Unidos. O desejo mais ardente dos futuros médicos e enfermeiros é irem trabalhar ou especializarem-se ao estrangeiro. As doenças cardiovasculares e as doenças de degenerescência estão actualmente na moda. As doenças infecciosas, essas são passadas pela rama. Para estabelecer um diagnóstico, estamos de tal maneira habituados a firmar-nos nas análises de laboratório e de aparelhos complicados, que nos tornámos incapazes de usar os cinco sentidos. Tornamo-nos dependentes do quadro hospitalar e dos tratamentos dispendiosos, considerando os nossos curandeiros tradicionais meros charlatães



Aplicação do *tunku* pós-natal — um método que parece ser capaz de fazer voltar os músculos abdominais, as veias e o útero ao seu estado normal. 44 dias após o parto

Com este sistema de educação, trabalhar no meio rural provoca, no início, um choque cultural. Aqui, não vamos poder recorrer às análises de laboratório, nem aos aparelhos complexos, nem aos cuidados hospitalares. A pneumonia, a tuberculose e as gastroenterites são as causas principais das mortes e não as doenças coronárias ou os diabetes. Torna-se mais importante prevenir do que curar. Os camponeses sentem um grande respeito pelos seus curandeiros tradicionais. Só depois de um certo tempo passado no campo é que compreendemos até que ponto a nossa formação foi inadequada. E como nos separámos do resto dos nossos compatriotas!

Desaprender e reaprender implica muitas dificuldades e frustrações. É necessário esquecer praticamente tudo o que nos ensinaram e temos de encarar de frente esta triste verdade! Não estamos de maneira nenhuma preparados para responder às necessidades da gente da nossa terra, no que respeita à saúde. E preciso rever e aprofundar os nossos conhecimentos sobre tuberculose, a quistosomíase, o paludismo e outras doenças infecciosas.

O acento tem de ser posto sobre a educação sanitária, a higiene, a protecção materno-infantil, a utilização de plantas medicinais e as massagens tradicionais. Temos de pesquisar e de nos documentar sobre as formas indígenas de medicina tradicional. Para tornar mais eficazes os nossos métodos de comunicação e formação, temos de abdicar da nossa linguagem científica hermética e torná-la acessível a todos. Temos muito a aprender dos curandeiros tradicionais. Sejamos modestos: as nossas pretensões são constantemente rebaixadas pelo bom senso popular.

### Ameaça de estagnação intelectual?

Trata-se ainda aqui de uma questão de perspectiva: com efeito, o meio rural apresenta uma gama enorme de possibilidades no plano intelectual. Não fomos de início preparados para a pesquisa. E no entanto, ao participar, ao observar e ao interessarmo-nos pelas características populares, aprendemos a recolher dados sobre as características e as causas de certas doenças locais; familiarizamo-nos com as práticas da medicina tradicional, com as concepções e reacções da população em matéria de saúde e doenças. Tudo isto representa uma grande ajuda para melhorarmos os serviços por nós prestados.

Está aberto o campo para pesquisas colectivas sobre assuntos apropriados. Será conveniente desenvolver os nossos conhecimentos sobre a farmacologia das plantas medicinais, sobre os sistemas nativos dos cuidados de saúde e tratamento, sobre a possibilidade de produzir os próprios auxiliares pedagógicos para grupos analfabetos e analisar os problemas sanitários existentes nas regiões rurais. A comunidade está lá: só falta explorar os recursos que ela possui...

### Os novos papéis

Ainda não tínhamos percebido que, para servir o povo, tínhamos de assumir papéis diferentes. Tinham-nos ensinado a prática da medicina, mas, de facto, o que se espera de nós é que sejamos promotores da transformação, dotados de conhecimentos médicos.

Para responder a esta expectativa, somos obrigados a ser ao mesmo tempo agente comunitário, catalizador, professor, aprendiz, investigador, despertador de consciências, coordenador, inspector e trabalhador da saúde. Temos de aprender a suscitar o interesse da população e a estruturá-lo, sistematizando as suas experiências, sentimentos, conhecimentos, actos e

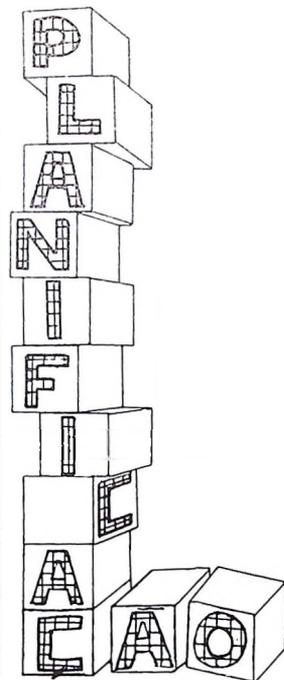


até aspirações, de modo a que ela se possa mobilizar a si própria, para sair de uma situação que é subhumana. Tantas funções podem, à primeira vista, assustar qualquer um, mas à medida que nos damos conta da importância de todos estes papéis, o medo cede lugar ao entusiasmo e ao optimismo...

### Para além da medicina e da saúde

O meu trabalho junto dos camponeses levou-me a compreender que os problemas da saúde eram, no nosso país, indissociáveis dos problemas políticos, económicos e culturais, e que, sem uma reforma estrutural do sistema, a situação sanitária ficará fundamentalmente na mesma. Ir até à raiz destes problemas não é fácil. Como é que um médico filipino pode responder a este desafio? Eu sou médico filipino. O que é que eu posso fazer para mudar a situação? Antes de ser médico, sou filipino e isso significa ir além da medicina e da saúde. O que importa é levar a população a descobrir as causas sociológicas e estruturais da sua pobreza, das suas doenças e da sua opressão.

Se nos colocamos nesta posição, é impossível ficar apolítico. Temos de abrir os olhos para o que se passa à nossa volta e esforçarmo-nos por ser, acima de tudo, úteis ao povo. Por outras palavras, temos de nos unir à luta travada pelos camponeses, operários, pescadores, comunidades tribais, cidadãos pobres, estudantes e outros membros das profissões liberais, pelo triunfo do nacionalismo e da democracia. Os nossos conhecimentos médicos têm de estar ao serviço desta causa nobre. ●



...**S**em uma decisão política, os programas oficiais de cuidados primários de saúde não veriam a luz do dia, mas a sua implementação levanta certos problemas que, até agora, ainda não foram suficientemente estudados. Podemos agrupá-los em dois grandes tipos: os problemas de planificação e os problemas de gestão; nem sempre é fácil traçar a linha divisória entre ambos.

### Os problemas de planificação

Sendo certo que, em muitos países do Terceiro Mundo, os poderes públicos têm vindo a atribuir uma importância cada vez maior à acção social, e concretamente à saúde, não deixa de ser verdade que é ainda do sector privado que saem muitos programas "modernos". Esses serviços podem ser

## E GESTÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

prestados quer por membros do corpo médico que trabalham em part-time no sector público, quer por organizações não-governamentais fortemente apoiadas por instituições de ajuda internacional. Existe também na maior parte dos países do Terceiro Mundo um sector nacional muito próspero. Ainda que todos estes serviços respondam a necessidades reais e, como amiúde se afirma, sejam mais flexíveis e inovadores que os serviços públicos, eles limitam todavia a aplicação da política governamental. Será talvez por o governo não ter senão uma autoridade ou um controlo bastante limitados. Um programa de cuidados primários de saúde pode assim transformar-se num sistema pouco homogéneo dentro do país, e estes factores não são tidos em conta.

Também nunca foi dada grande atenção à diversidade dos métodos de planificação. Ainda que a maior parte dos países do Terceiro Mundo tenha, em graus diversos, um regime de economia mista, a planificação encontra-se mais centralizada nuns do que noutros. Este estado de coisas tem também incidência na planificação e na aplicação das políticas de saúde, bem como na repartição dos créditos entre o sector da saúde e os restantes sectores.

Os países de economia planificada centralmente podem sentir dificuldades na aplicação prática de um dos princípios fundamentais do sistema de cuidados primários de saúde: a participação das comunidades na tomada de decisões. Pode até dar-se o caso de nem os próprios agentes de saúde locais terem participado no estabelecimento de prioridades e nas decisões que dizem respeito às medidas a tomar em matéria de saúde. Mesmo no caso de ter sido reconhecida uma certa autonomia à escala local, esta aplicar-se-á às decisões estritamente administrativas, no caso de não incluir o controlo das despesas.

Pelo menos, o sistema de cuidados primários de saúde foi concebido tendo em vista resultados obtidos em alguns projectos locais. Repetir, à escala nacional, estes projectos que, por definição, são muito dependentes das condições locais, em ordem a pôr de pé um serviço coerente, é uma tarefa muito ingrata. Com efeito, as características de uma dada doença, as estruturas de migração, as condições de trabalho, os preconceitos religiosos, sociais e culturais, a disponibilidade de mão-de-obra, etc., são muito variáveis de região para região. O bom andamento de certos pequenos projectos deve-se,

em grande parte, à influência de um ou dois dirigentes, particularmente competentes ou carismáticos, factor esse dificilmente transponível para outro local.

A participação da comunidade nas decisões relativas à promoção da saúde pública e a auto-responsabilidade constituem sem dúvida dois pilares do método dos cuidados primários de saúde, e foram estudados mais do que um projecto, no sentido de determinar em que medida esta participação pesa realmente, embora muitos factores permaneçam pouco conhecidos.

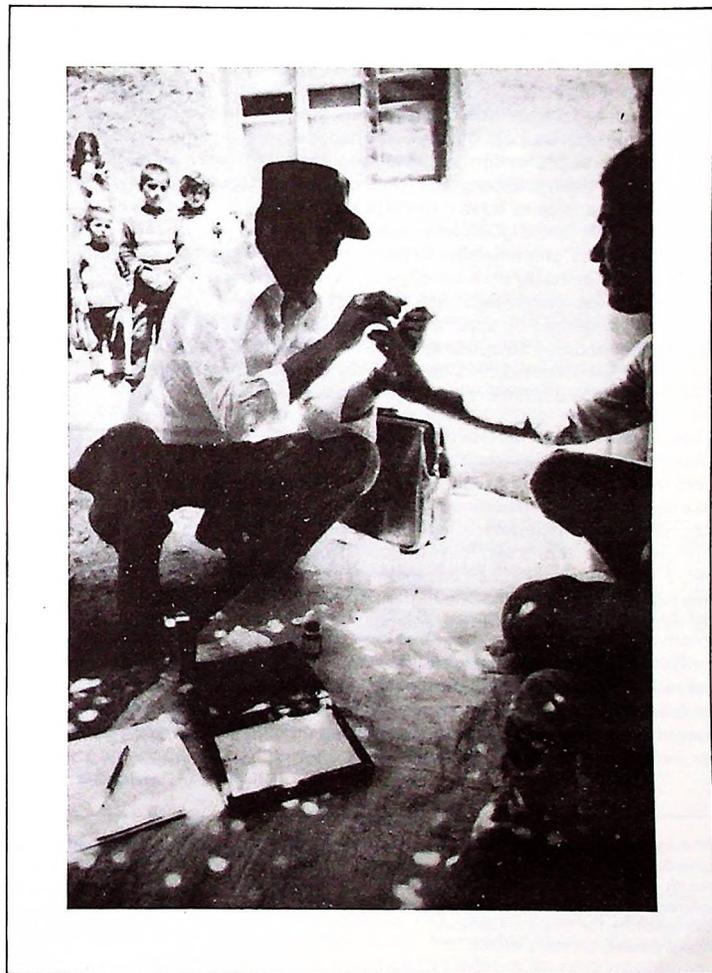
É assim que, por exemplo, não está muito clara a importância que se deve atribuir às estruturas da autoridade tradicional. Não é sem dúvida nada fácil criar um dispositivo nacional de planificação no qual as populações participem, mesmo quando este objectivo é considerado desejável.

### Os problemas de gestão

Para que a planificação não seja apenas um exercício teórico há que levar os planos à prática. Isto supõe uma administração e uma organização, factores que são chave para o sucesso global de qualquer política de cuidados primários de saúde. O resultado positivo ou negativo do programa de um agente de saúde local numa dada aldeia, depende do apoio que lhe é dado pelos serviços de saúde de outros escalões. Os agentes de saúde locais têm feito correr muita tinta, mas fala-se muito pouco das outras categorias de agentes de saúde comunitária a quem, por exemplo, estão atribuídas funções de controlo e apoio importantíssimas. Ao fazer incidir a nossa atenção sobre os agentes de saúde locais fomos levados a esquecer, em certa medida, o papel desempenhado por outro pessoal auxiliar, nos cuidados primários de saúde.

No plano da gestão, há exigências contraditórias que criam confusão e tensões. Esquece-se muitas vezes, por exemplo, que há que estabelecer, a nível primário, um equilíbrio entre o tratamento e a prevenção. O que as pessoas querem é receber tratamentos, mas não estão muito preocupadas em aprender o que é preciso fazer para evitar cair doente e, ainda menos, o que deveriam ter feito para prevenir a doença que agora têm. Um bom agente de saúde corre o risco de ficar submergido pelas doenças e de não ter tempo para levar a cabo uma acção preventiva, cujos resultados são mais lentos e mais difíceis de apreciar. A alto nível, a repartição dos recursos entre o tratamento de doenças crónicas ou doenças de urgência, entre medicina curativa e medicina preventiva, é sempre problemática.

Existem ainda problemas meramente organizativos, sendo um dos princi-



país o que diz respeito à rede de abastecimentos. É útil identificar os medicamentos necessários, mas mais útil ainda é assegurar a sua distribuição contínua e coerente.

Também não é fácil coordenar o sector da saúde com os restantes sectores. Uma coordenação que ultrapasse as meras reuniões interdepartamentais ou interministeriais absorve imenso tempo e levanta tantos conflitos como os que se pretendem resolver, sendo a colaboração a nível local ainda mais fácil. A rivalidade inter-sectorial ou simples dificuldades organizativas vão chocar-se com as boas intenções de integração, quer a nível local quer nacional. Tudo isto é igualmente verdadeiro para a planificação. Organizar a participação da comunidade, especialmente em sistemas de planificação concebidos "de baixo para cima", exige uma paciência que não abunda nos burocratas sobrecarregados de trabalhos e desejosos de obter resultados rápidos. Diferenças de estatuto e de posição, e de facilidade de expressão, descoordenações, irão agudizar as dificuldades de participação comunitária, a não ser que exista contra tal um grande alerta. Em países multilíngues a comunicação é duplamente difícil.

A questão da colaboração dos praticantes de medicina tradicional com o sistema de saúde é normalmente tratada de um modo pouco realista e ilustra bem o fosso que pode existir entre a planificação e a execução. As dificuldades de coordenar a medicina privada com o sistema de saúde governamental são, já por si, suficientes. Integrar agora as diversas categorias de curandeiros, cada uma com o seu nível de profissionalização, torna-se quase insolúvel. É claro que podemos citar exemplos demonstrativos de que é possível ensinar normas modernas de higiene às parteiras empíricas, mas raramente foi estudado o impacto deste ensino.

Os adeptos do sistema dos cuidados primários de saúde conhecem estas e outras dificuldades. A mensagem tem de ser suficientemente dinâmica para mobilizar a população mas, sem negar o interesse deste sistema, têm de se reconhecer os problemas que ele levanta: a avaliação deve começar desde já... ●

Gill Walt e Patrick Vaughan

---

Uma lista de trabalhos relativos a estes problemas e a outras questões ligadas aos cuidados primários de saúde, de G. Walt e P. Vaughan, *An Introduction to the Primary Health Care, Approach in Developing Countries. A Review with Selected Annotated References* (Ross Institute Publication nº 13, 1981; preço £R-U.2) pode ser pedida ao Ross Institute for Tropical Medicine, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, Londres WC1E 7HT.

---

# OS PESTICIDAS

## o desenvolvimento rural

Segundo estimativas, em 1980 foram utilizadas no mundo 36 milhões de toneladas de pesticidas, um quarto dos quais nas regiões rurais do Terceiro Mundo, onde os seus "efeitos secundários" são muito mais nefastos que nos países industrializados, onde são produzidos.

Aproximadamente metade das 31 epidemias declaradas por intoxicação por pesticidas entre 1952 e 1980 e 653 das 655 mortes pela mesma razão deram-se em países do Terceiro Mundo. Não se conhece o número total de mortes devido aos pesticidas mas é, sem dúvida, mais elevado que os números oficiais, que apenas referem "epidemias".

É-se tentado a justificar estas mortes com o argumento de que elas são "o preço do desenvolvimento"; é verdade que o seu número é baixo se comparado com os milhões que, durante o mesmo período, morreram devido a doenças infecciosas e malnutrição. Há quem invoque que os pesticidas contribuem para reduzir o número deste tipo de mortes, já que permitem produzir mais alimentos e eliminar os transmissores de doenças infecciosas, como por exemplo os mosquitos. Também se argumenta muito que os efeitos nefastos dos pesticidas sobre a saúde estão longe de ser comprovados e que são devidos a uma má utilização dos produtos químicos ou a acidentes evitáveis. Num dos pratos da balança temos o crescimento da produção alimentar e a regressão das doenças infecciosas; no outro, os raros acidentes tóxicos, resultantes de erros de utilização que eram evitáveis. Cabe aos peritos que conhecem bem os pesticidas e tomam a peito o "interesse nacional", pesar os perigos e as vantagens: mas esta é só uma das faces da moeda.



---

*Para muitas pessoas por esse mundo fora, e o seu número cresce todos os anos, o termo "pesticidas" tornou-se um palavrão. Homens e nações apontam-se um dedo acusador, à procura do culpado do uso e abuso e dos prejuízos ecológicos e para a saúde, reais e imaginários, que estes tristes compostos químicos levam a um Terceiro Mundo esfomeado e indefeso.*

FAO, Serviço Especial, 13 de Fevereiro de 1982

---

Também se pode pegar neste assunto por outra ponta: estudar em que medida a maior utilização dos pesticidas aumenta a disponibilidade de alimentos dos malnutridos; avaliar o papel exacto desempenhado pelos pesticidas na erradicação das doenças infecciosas; determinar quem sofre os efeitos tóxicos dos pesticidas e quem beneficia com a sua utilização; investigar, finalmente, se os efeitos tóxicos são efectivamente evitáveis ou se eles não são fatalmente inerentes ao emprego generalizado dos pesticidas. Com estes dados na mão, os próprios interessados sentir-se-ão estimulados a pesar as vantagens e os perigos que representam os pesticidas e a indicar os mecanismos práticos para reduzir e vigiar esses perigos.

### **A falta de provas...**

Ouve-se dizer muitas vezes, a propósito dos pesticidas e do desenvolvimento rural, que "estão por provar" os efeitos nocivos dos pesticidas. É certo que a maior parte dos produtos químicos são submetidos a testes laboratoriais, mas estes efectuam-se sobre os resíduos existentes na alimentação dos países industrializados. É sobre a contaminação dos alimentos que os organismos de protecção do ambiente nestes países e as instituições internacionais como a OMS, a FAO, a OIT e o PNUE dirigem a sua atenção. Pelo contrário, ninguém se preocupa muito com aqueles sobre quem recai o grosso dos pesticidas: os camponeses do Terceiro Mundo.

Mas esta "ausência de provas" resulta também de factores técnicos. Um incidente fatal (morte) é raro e os perigos correntes são menos graves e difíceis de calcular. A menos que se saiba expressamente que certas pessoas foram recentemente intoxicadas por pesticidas, não é fácil, mesmo em caso de morte, estabelecer uma relação de causa a efeito, ainda mais quando se trata de efeitos secundários, pois a gravidade só se vem a manifestar, muitas vezes, anos mais tarde. Frequentemente se ignora quem foi intoxicado por um pesticida e quem não foi. Um dos problemas consiste em detectar o

aumento de risco de um efeito muito raro. Se um dado cancro ou uma deformação congénita ocorrem geralmente numa em cada 10.000 pessoas, e os pesticidas aumentam esse risco cinco vezes, o número de casos a esperar é de 5 em cada 10.000. Os riscos quase nunca são completamente excluídos, eles são é pura e simplesmente ignorados.

### **Mortes e doenças provocadas por pesticidas**

A morfologia das mortes provocadas por pesticidas tem-se modificado ao longo dos anos. Em 1956, mais de 60% dessas mortes eram devidas a compostos inorgânicos (sobretudo arsénico). Em 1974, esta proporção era de 16%, dos quais 35% eram causadas por organo-fosfatos (OP). Segundo cálculos da OMS, dão-se actualmente mais ou menos 500.000 intoxicações por pesticidas por ano no mundo, 1% das quais são mortais. O aumento de casos de doença e morte é atribuído à maior utilização de OP extremamente tóxico nos campos de algodão e no controlo do paludismo. Entre as mulheres de regiões algodoeiras da América Central, o nível de contaminação com DDT do seu leite é 25 vezes mais elevado do que o das mulheres nos Estados Unidos. O veneno passa assim para as crianças desde o nascimento (ver, em anexo, a lista de diversos tipos de pesticidas).

A morte é o cume do iceberg da intoxicação com pesticidas. É difícil obter números exactos, mas estudos realizados nos países industrializados dão algumas indicações sobre os outros efeitos que eles provocam. Em 1975, no Estado norte-americano da Califórnia, foram assinalados 1688 casos de intoxicação com pesticidas, dos quais 30% de reacções cutâneas e 30% de problemas oculares; 20% provocavam dores de cabeça, diminuição de vitalidade, etc.; 10% atingiam o sistema digestivo; 5% provocavam dificuldades no sistema respiratório; 5% tinham causado queimaduras químicas. Não foi declarado nenhum caso fatal. Estes números mostram bem que há muito a fazer para estabelecer estatísticas respeitantes às regiões rurais do Terceiro Mundo, para as quais, na melhor das hipóteses, só se têm dados sobre os casos de morte.

### **Os pesticidas na agricultura**

O sector agrícola, que ocupa 70% da população, é o principal consumidor de pesticidas no Terceiro Mundo. Nos países industrializados (onde este sector é relativamente menos importante), as condições de utilização de pesticidas são muito mais estritamente controladas e as preparações são

cuidadosamente embaladas e acompanhadas da indicação muito clara do modo de emprego

Pelo contrário, é frequente nas grandes plantações do Terceiro Mundo os camponeses serem eles próprios afectados no acto de aspersão dos pesticidas. Eles vivem habitualmente próximo das sementeiras e a água que consomem está contaminada. As pulverizações aéreas sobre as culturas comerciais, destinadas à exportação, incidem também sobre as culturas alimentares que os camponeses fazem nos terrenos vizinhos. Um estudo do Instituto Centro-Americano de Investigação e Tecnologia Industrial (ICAITI) na Guatemala revelou que os trabalhadores, ao lavarem-se, aumentam efectivamente a dose de pesticidas absorvida, pois lavam a pele com água poluída. Por outro lado, as quantidades de pesticida utilizadas são excessivas. Os modos de emprego são fixados pelos fabricantes e o interesse destes é escoar o produto. Para tanto, recomendam aplicações regulares, segundo um calendário standard, seja qual for o tipo de parasitas a eliminar. A este respeito, os cálculos variam, mas pensa-se que seria possível reduzir o consumo de 35 a 50%. Em muitas das grandes plantações do Terceiro Mundo, os trabalhadores não estão autorizados a organizar-se no sentido de exigirem melhores condições de trabalho.

Os perigos que correm os pequenos agricultores e os camponeses são ainda mais graves. Muitos não sabem ler os modos de emprego; ou muitas vezes os pesticidas são-lhes distribuídos em embalagens sem etiqueta, fechadas apenas com uma rolnha de papel de jornal. Frequentemente os pesticidas que lhes chegam são considerados demasiado tóxicos, mesmo para uma utilização altamente controlada nos países industrializados.

Muitas das variedades de cereais de "alto rendimento", recentemente desenvolvidas, são particularmente vulneráveis aos parasitas e exigem por isso doses mais fortes de pesticidas. Isto levanta a questão de saber onde se situa o limite de segurança. Entre 50 e 75% dos pesticidas usados nas regiões rurais do Terceiro Mundo aplicam-se nas culturas destinadas à Europa, Japão e Estados Unidos. As pessoas que correm o risco de serem intoxicadas pelos pesticidas durante o ciclo da produção, raramente consomem o produto que cultivam. As culturas comerciais (café, algodão, coco, cana do açúcar, borracha) absorvem a maior parte. No pequeno Estado de El Salvador, por exemplo, a produção de algodão absorve a quinta parte do parathion consumido no mundo. Na Indonésia, as grandes propriedades destinadas às culturas de exportação (café, coco, cana do açúcar e borracha) consomem 20 vezes mais pesticidas que as pequenas explorações que abastecem os mercados

locais em produtos alimentares, quando estas ocupam uma área 7 vezes superior à das grandes explorações.

Poderá talvez argumentar-se que, embora as culturas de exportação não alimentem directamente os que têm fome, elas acabam mesmo assim por os beneficiar, ainda que indirectamente, por causa das divisas que essas exportações propiciam aos proprietários e à Administração. A maior parte dos que se ocupam de desenvolvimento rural não estão nada convencidos deste efeito por influência indirecta, pois constataam que raramente existe uma real redistribuição dos poderes e dos dividendos.

Com a intensificação da produção graças ao emprego dos pesticidas, o preço de venda dos produtos-base consumidos no país produtor sobe em tais proporções que se tornam inacessíveis aos pobres. No México, a produção de milho e feijão sofreu um declínio enquanto que a de frutos e legumes, destinados ao mercado dos Estados Unidos, bem como a de forragens — como o sorgo — progrediu fortemente. Quase uma terça parte dos cereais de base serve actualmente para alimentar o gado. No Brasil, esta proporção chega a 44%.

Os pesticidas não facilitam o acesso a alimentos por parte dos que têm fome, pela simples razão de que a sua utilização está nas mãos daqueles que controlam a produção. E o que lhes interessa é o valor comercial dos produtos: se uma cultura não é rentável, não lhe pegam.

## Os pesticidas e a saúde pública

No domínio da saúde pública, as grandes quantidades de pesticidas foram utilizadas no combate ao paludismo. Só no ano de 1962, foram empregues 60.000 toneladas de DDT, 4.500 toneladas de dieldrina e 500 toneladas de lindano, em grande parte em zonas habitadas. Não se pode dizer que este esforço tenha tido resultados brilhantes. A resistência de mosquitos e outros insectos aos pesticidas é agora mais forte e nota-se um recrudescimento de doenças e mortes devidas a intoxicações entre os que os espalharam.

Os pesticidas foram também utilizados na luta contra os transmissores de outras doenças, concretamente a febre amarela, a tripanossomose (doença

---

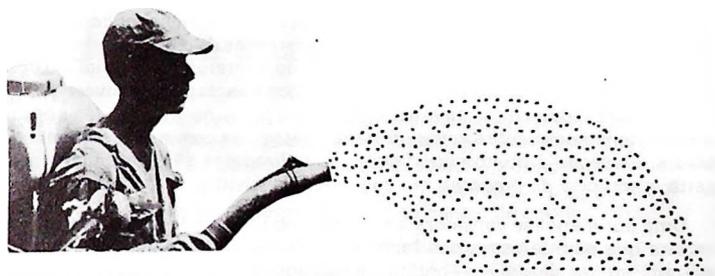
\* Ver Ideias e Acção Nº 141 (pág. 3-9)

do sono), a oncocercose, a peste e o tifo. No Botswana iniciou-se recentemente a pulverização aérea de vastas extensões de terra e dos seus habitantes, com o endossulfan e um outro pesticida destinados a combater a mosca tsé-tsé. O Ministério da Agricultura do referido país dá a seguinte explicação: 200 pessoas são anualmente atacadas pela doença do sono. Se o número daquelas que, pela utilização dos pesticidas, são atingidas pelo cancro ou ficam estereis ou sofrem deformações congénitas, for inferior a 200, o balanço pode considerar-se positivo. Além disso, mais terra ficará disponível para os rebanhos dos grandes criadores. O tempo dirá se é uma medida acertada. O que não há dúvida é que os resultados obtidos contra o paludismo não são optimistas.

A história da campanha conduzida contra o paludismo está cheia de ensinamentos, para quem queira estudar a incidência dos pesticidas na saúde pública. Quer em teoria quer do ponto de vista político, a estratégia de espalhar insecticidas de acção residual (compostos que se mantêm activos por muito tempo) tem um certo interesse. O DDT e a dieldrina são produtos baratos, de fácil emprego e que se mantêm activos durante anos. Antes de desovarem na água, muitos mosquitos poisam nas paredes das casas e parece portanto lógico pulverizar com um insecticida de acção prolongada.

Todavia, desde 1953, os insectos tornaram-se resistentes ao DDT e à dieldrina, o que põe um problema. Inicialmente, a solução para o resolver foi saturar as habitações, em zonas inteiras, com produtos químicos, de modo a destruir todos os mosquitos antes que eles se tornassem resistentes. Mesmo com estas medidas, houve um regresso generalizado do paludismo. Outras espécies de insectos tornaram-se também crescentemente resistentes. Foi comunicado que o número de insectos resistentes aos pesticidas duplicou em 12 anos: de 180 em 1966 passou a 365 em 1977.

O estudo do ICAITI atribui o recrudescimento do paludismo na América Latina à expansão e intensificação da agricultura. Para lutar contra os parasitas do algodão, por exemplo na Guatemala, na Nicarágua e em El Salvador, foi necessário em 1970 proceder a 8 ou 9 pulverizações com insecticidas, durante a mesma campanha. Em 1980 efectuaram-se até 50 pulverizações e deu-se um aumento paralelo dos efeitos do paludismo na região. Aconteceu a mesma coisa na Índia, entre os pequenos produtores de arroz e algodão de Tamil Nadu, de Maharashtra e de Gujarat. Nestas regiões, os mosquitos ganharam resistência contra toda uma gama de pesticidas, concretamente o DDT, HCH/proboxur, malathion e outros OP.



As pulverizações de efeito residual levantam outro problema: com efeito, após a picada, os mosquitos não ficam sempre nos muros das casas mas procuram refúgio nas folhagens que as rodeiam. Para os destruir, torna-se necessário efectuar fumigações com pesticidas, sobre vastas superfícies, o que implica uma subida da poluição química. Mesmo depois de uma campanha local com bons resultados, torna-se indispensável repetir a operação ao fim de alguns anos. Os programas de saúde pública que envolvam a utilização de pesticidas obrigam, deste modo, os países do Terceiro Mundo a recorrer a ela permanentemente.

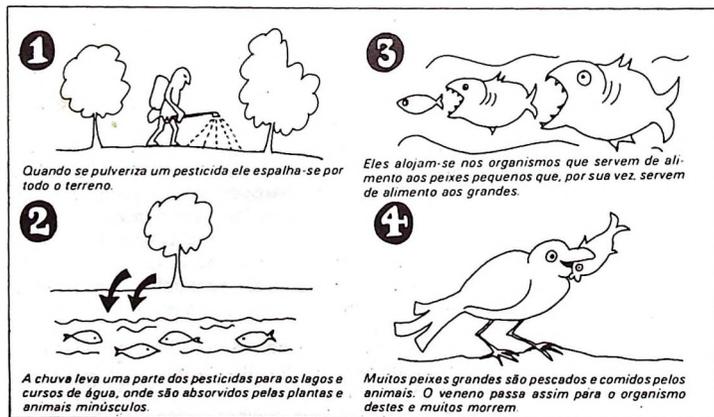
## Medindo os riscos

Compara-se frequentemente os perigos que os pesticidas envolvem com as vantagens que eles podem trazer à saúde pública e à economia. No Botswana, por exemplo, onde se procedeu a pulverizações aéreas contra a tripanossomose, comparou-se a redução do número de doentes e os benefícios económicos conseguidos pelos criadores de gado com certos efeitos secundários não conhecidos sobre os habitantes das regiões rurais. Em muitos outros casos, mais concretamente no combate ao paludismo, os resultados para a saúde pública são menos claros. Para estes casos, os riscos e as vantagens são normalmente medidos pelas autoridades nacionais, em colaboração com aqueles que beneficiarão economicamente (os proprietários de gado, os agricultores e os produtores de pesticidas). Raramente consultam o povo que fica de facto exposto ao risco dos pesticidas.

As normas que fixam os níveis aceitáveis de resíduos de pesticidas nos alimentos estabelecem-se segundo critérios adoptados unanimemente por peritos, fabricantes e grandes agricultores, os quais optam pela solução mais capaz de manter a produção e não a que melhor protege a saúde da população.

Compete assim aos principais beneficiários do aumento da produção e das vendas e aos que fixam os níveis de perigo aceitáveis, apreciar as conclusões dos inquéritos sobre os efeitos nocivos dos pesticidas. Nesta óptica do desenvolvimento rural, estas pessoas tomam a peito o interesse nacional e o dos grupos vulneráveis, sempre que medem perigos e vantagens. A investigação e a avaliação dos riscos fica para os peritos que, no melhor dos casos, aconselham o povo sobre como utilizar os pesticidas com maior segurança. Mas a educação é muito superficial e os utilizadores são mantidos numa certa ignorância do processo em que estão envolvidos.

Uma outra análise considera a situação sob um ângulo muito diferente e mostra que os interesses dos fabricantes de pesticidas e dos negociantes entram, muitas vezes, em conflito com os dos utilizadores e dos potenciais intoxicados. Daqui, a escassez de provas de efeitos nocivos. Deveria tentar-se tudo para informar os utilizadores de pesticidas dos seus perigos e encorajá-los a tomarem parte activa na avaliação de riscos e vantagens. Podem tomar-se algumas medidas práticas para este efeito a diversos níveis (ver anexo).



Você, que está a ler isto, também tem pesticidas no seu organismo.

## Porquê preocuparmo-nos?

Durante os últimos 25 anos, muitos países tiraram benefícios do emprego de pesticidas. E no entanto os pesticidas são apenas uma solução de curto prazo no combate aos parasitas e, sejam quais forem as vantagens que a sua utilização ofereça, ela envolve sempre muitos inconvenientes. É verdade que os pesticidas matam os parasitas, mas matam também os animais que se alimentam deles. Levados pela chuva, vão poluir a água consumida pelos homens, animais e plantas que ameaçam envenenar.

Se a situação é assim tão grave, como é que a terra não está juncada de cadáveres? Ainda não chegámos lá — **por enquanto**. Mas atenção: há-os em número crescente em algumas regiões, e quem sabe o mal que está a ser causado aos vivos pelo uso cada vez maior de pesticidas em condições de controlo deficiente? Utilizam-se por aí cada vez mais pesticidas e eles são cada vez menos eficazes em destruir os parasitas, pois estes vão ganhando resistências. Isto significa que vamos ter de utilizar pesticidas mais tóxicos e mais caros.

O fardo deste tipo de desenvolvimento económico não pesa só sobre as costas dos consumidores de alimentos contaminados. De facto, o controlo dos resíduos de pesticidas nos alimentos — com fins mais comerciais que sanitários — está bem desenvolvido. As grandes vítimas são, portanto, os habitantes das zonas pulverizadas com pesticidas. É o seu solo, a sua alimentação, a sua água, o seu ambiente que está poluído.

Continuaremos a utilizar pesticidas. É aparentemente a “ordem das coisas”. Mas é preciso que eles não perturbem esta ordem, o que acontecerá caso se prossiga a política actual. Muita coisa pode ser feita para reduzir o emprego dos pesticidas, usá-los com maior cuidado e avaliar os seus efeitos secundários. Fazer culturas rotativas, introduzir inimigos naturais dos parasitas (pássaros, rãs, lagartos) são peças de todo um sistema de luta integrada contra os parasitas. Mas o mais importante de tudo é dar a conhecer a acção dos pesticidas àqueles que mais expostos estão aos seus efeitos nocivos: os camponeses pobres. ●

---

*N.B.: Queiram consultar o anexo para referências bibliográficas e endereços relativos a este artigo.*

---

## JUGOSLÁVIA: Os serviços de saúde rural na Croácia

Os jugoslavos estão orgulhosos dos seus serviços de saúde rural e têm razão para isso. O número de médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar é suficiente e a cobertura de todo o país é satisfatória. Na maior parte das regiões rurais existe um médico para 2-3.000 habitantes; nas cidades a proporção é francamente melhor. Os generalistas são a peça mestra de todo o sistema sanitário no campo e trabalham em colaboração com os centros regionais de saúde, para onde enviam eventualmente doentes para, por exemplo, aí serem submetidos a exames radiológicos e hematológicos. Envia também os doentes para o hospital regional.

Na Jugoslávia, os poderes e as tomadas de decisão estão fortemente descentralizados. Existe no país uma longa tradição de autonomia local, que tem hoje em dia a sua expressão nos conselhos comunais. Na Croácia, por exemplo, encontramos 105 comunas, dotadas cada uma de um conselho soberano e as reuniões fazem parte da vida de todos os dias. O sector de saúde não foge à regra e compete às comunidades locais determinar o tipo de serviços de saúde que querem ter, sem praticamente terem em conta o que se passa no resto do país.

Parece ter-se criado uma situação curiosa com a combinação entre o poder político e administrativo descentralizado e o corpo médico influente. Todas as decisões são completamente tomadas a nível local e os serviços

pagos pela própria população, mas dá a impressão de que esta não participa realmente nas decisões. Os conselhos comunais desempenham efectivamente um certo papel, já que os programas sanitários não podem ser levados à prática sem a sua aprovação. Mas quem elabora os programas são os médicos — muitas vezes sem o director do centro de saúde.

Numa dada região, os médicos do centro de saúde sugeriram que algumas camas de hospital fossem suprimidas e a proposta, depois de examinada pelo conselho comunal, foi aprovada. Numa outra região, parece que o director do centro de saúde tomou a mesma medida sem consultar ninguém. Em resumo, existem todas as condições para que a população participe na implementação da rede sanitária, mas na prática os médicos fazem um pouco o que querem.

Os serviços de saúde são pagos por um sistema de tributação segundo os salários, sendo o critério fixado localmente (este situa-se geralmente à volta de 0,5% dos salários). Para aviar uma receita paga-se também 10 dinars (cerca de 0,20 \$US) por medicamento. O termo legal para designar este pagamento significa aliás "participação". A repartição dos recursos faz-se a nível local mas nem sempre o conselho local é ouvido. Reserva-se, por exemplo, 3/14 dos recursos para os cuidados primários de saúde, 3/14 para o centro hospitalar e o restante para os cuidados ao domicílio, os medicamentos, etc.

### BOTSWANA

#### "Deformação profissional

(baseado num artigo de Marit Kromberg)

A partir de 1970, tem-se vindo a formar no Botswana um novo tipo de agente sanitário — a educadora de família. O princípio era recrutar estas educadoras entre as famílias mais necessitadas, compensando-as de algum modo através da remuneração que lhes seria devida. Mas o problema era como pagar-lhes. Como trabalhadoras pagas por dia de trabalho, elas não teriam garantia de trabalho permanente, nem direito a férias, baixa por doença, aumento de salário com experiência adquirida e no fim da sua vida de trabalho não estava garantida qualquer reforma. Em todos os aspectos, o seu estatuto não diferia assim dos habitantes das zonas rurais. Uma outra alternativa que se colocava era a de situá-las no escalão mais baixo da administração pública local, o que lhes permitiria um salário 3 vezes mais elevado, além de muitos outros benefícios. Esta segunda solução foi a adoptada. Com o decorrer dos anos as diferenças entre os salários dos rurais foram-se acentuando; as educadoras de família são hoje relativamente bem pagas e identificam-se muito mais com a classe dos funcionários do que com a dos camponeses pobres. Os postos de trabalho são disputados e acaba por ser atribuídos as filhas das famílias ricas, com boa

instrução.

O governo, que aparentemente ignora as divergências de interesses que existem entre os camponeses pobres e a administração, acaba por se servir das educadoras de família para divulgar o novo regime de pastagem das terras tribais que virá agravar consideravelmente a já existente desigualdade de rendimentos. Cada vez mais vimos ouvindo as educadoras de família queixarem-se de que "é muito difícil compreender os pobres" e que eles não demonstram "qualquer espírito de cooperação" e mesmo que são "preguiçosos".

A educadora de família foi arrancada do meio pobre a que pertencia e integrada nas estruturas administrativas. Perdeu assim a possibilidade de se identificar com a população que era suposto ela servir, e consequentemente a sua própria eficácia, enquanto agente de transformação. As educadoras de família que conservaram a sua inicial identidade levam uma vida difícil. Ao elevar o nível de vida das educadoras de família ignorou-se o elemento político dos serviços de saúde rurais, mas o preço que se paga por isso é o da diminuição da sua eficácia. ●

A coordenação oficial entre os sectores da saúde, da educação e da agricultura parece ser fraca. Alguns médicos têm relações pessoais excelentes com professores e animadores agrícolas e vão periodicamente fazer palestras às escolas. No entanto, embora toda a gente interrogada tenha falado de coerdenação e cooperação, ninguém deu exemplos concretos e convincentes.

## Tipos de doenças e taxas de mortalidade

Até há pouco tempo, em comparação com o resto da Europa, a Croácia mantinha-se extremamente vulnerável às doenças infecciosas e as taxas de mortalidade infantil eram elevadas. Hoje em dia, as principais causas de morte são as mesmas que no resto do continente: problemas cardíacos, acidentes de viação, hipertensão, cancro e diversas doenças profissionais. Uma grande parte da população sofre de reumatismo, provocado, diz-se, em parte, pelas condições de vida no campo. Muitas vezes os rurais trabalham na fábrica de manhã e ao princípio da tarde e depois, durante 6 ou 8 horas, no campo. É surpreendente e mesmo decepcionante constatar que as taxas de mortalidade infantil (TMI) e de mortalidade perinatal (TMP) se conservam bastante elevadas em algumas regiões rurais.

Numa delas a TMI é de 45 em mil e disseram-nos que haverá piores. Mas, ao mesmo tempo, em outras duas que visitámos, é de 9-15 em mil, o que corresponde às médias europeias correntes. Quase todos os partos são feitos actualmente nos hospitais regionais bem equipados e dotados de pessoal muito competente, mas a razão das diferenças que notámos é inexplicável. As explicações que nos deram ("factores sócio-económicos", "ignorância popular", "dedicação do pessoal médico") não são muito convincentes. Uma proporção excessiva das mortes infantis parece ser devida a deformações congénitas e levantou-se a dúvida se não haveria uma relação entre este estado de coisas e a utilização de pesticidas. Aparentemente, esta questão mereceu um certo interesse, mas não se efectuaram quaisquer investigações.

Não notámos qualquer sinal de malnutrição nas crianças. O governo croata subvenciona o leite, a farinha e o açúcar e as crianças necessitadas contam com uma refeição escolar. Os principais problemas de nutrição resumem-se à composição das ementas que, foi-nos dito, comportam demasiados amidos (especialmente em massas) e carne, mas poucos legumes. A não ser que haja legumes cultivados nos arredores, torna-se difícil arranjar-los, pois os excedentes vão para as grandes cidades. Aparentemente os

camponeses são encorajados a dedicar-se a culturas comerciais, por razões económicas, nomeadamente a vinha e isto dificulta a aplicação de programas de educação nutricional. Mas apesar disto, as pessoas andam bem alimentadas e têm acesso fácil aos produtos alimentares essenciais em quantidade e a baixo preço.

## Os trabalhadores da saúde

A saúde pública não goza de um lugar especial no ensino da medicina e os estudantes têm uma formação idêntica à da maior parte dos seus colegas na Europa ocidental e na América do Norte. A predominância está na medicina curativa, nos sectores tradicionais: patologia, cirurgia, obstetrícia e ginecologia. Em alguma fáculdades o programa sofreu alterações e os estudantes passam uma semana no meio rural e frequentam um curso de epidemiologia com a mesma duração.

Vinte por cento dos diplomados são generalistas. Muitos instalam-se no campo para seguirem a sua formação e virem a especializar-se em cuidados primários de saúde.

O sistema de saúde é indiscutivelmente regido pelo corpo médico. A todos os níveis, desde o Ministério da Saúde e estabelecimentos de ensino até às colectividades rurais locais, verdadeira sede do poder, são os médicos que estão ao leme. Os postos-chave são ocupados por homens, mas aumenta o número de professores mulheres e espera-se, para breve, o mesmo número de estudantes de cada sexo.

O pessoal de enfermagem é composto quase exclusivamente por mulheres e, como em muitos países, está subordinado aos médicos. Quer ele ou ela trabalhe no seio de uma equipa de cuidados primários de saúde ou num hospital, o seu papel é aplicar as indicações do médico.

Uma categoria particularmente interessante é a da enfermeira "assistente social". Acumula o papel de enfermeira-visitadora com o de agente de saúde. São elas que constituem a verdadeira ponta de lança da estratégia de cuidados primários de saúde em meio rural. Com uma formação de base, vão-se aperfeiçoando pela prática de reciclagens. A sua actividade principal consiste em visitar as pessoas ao domicílio, especialmente as crianças com menos de dois anos, os inválidos, os idosos e os doentes crónicos que têm necessidade de uma assistência constante (são obrigadas a visitar os inválidos uma vez por mês). Fazem também educação nutricional, dando conselhos sobre o regime e a alimentação das crianças de tenra idade. Coordenam

ainda os grupos locais de "auto-tratamento" (ver o subtítulo seguinte). Cada enfermeiro/assistente social dispõe de um meio de transporte (habitualmente um carro), fornecido pelo centro a que pertence (dizemos também no masculino porque também encontramos um enfermeiro/a-assistente social).

O ou a enfermeiro/a-assistente social está subordinado ao médico. Todas as manhãs lhe apresenta um relatório da sua equipa de cuidados primários de saúde e recebe a lista das pessoas a visitar, com apreciações sobre cada caso.

Interrogámos alguns deles a este respeito e responderam-nos — a sorrir — que trabalhavam em equipa e a tarefa do médico era dar-lhes instruções. É claro que os assistentes sociais têm iniciativas, quando um vizinho da casa onde estão lhes pede ajuda, por exemplo, mas é bastante raro.

A remuneração do pessoal de saúde é financiada por cotizações obrigatórias sobre os salários. Existe um escalonamento, mas as amplitudes não são muito grandes. O vencimento de um especialista anda à volta do dobro do que recebe um operário numa fábrica, mas beneficiam de diuturnidades à medida que ganham experiência.

## Grupos de "auto-tratamento"

A experiência mais interessante na Croácia é a dos grupos de "auto-tratamento". O princípio fundamental é o seguinte: grupos de cerca de uma dezena de pessoas com o mesmo mal crónico reúnem-se regularmente, inicialmente sob a égide de um médico e de uma enfermeira, mais tarde sem estes últimos, e discutem os seus problemas, analisam-nos e seguem-nos. Numa das regiões que visitámos (nas proximidades de Pazin), 2% da população participa nestes grupos, que começaram em 1976. Trata-se provavelmente de uma situação excepcional, devida, em grande parte, ao espírito de iniciativa do activo director do centro médico local. Alguns grupos são constituídos por pessoas da mesma profissão, por exemplo trabalhadores da mesma empresa, vítimas de úlcera no duodeno.

É o médico que constitui os diversos grupos partindo das fichas clínicas. Antes da admissão, os membros são sujeitos a um exame profundo. As reuniões são geralmente quinzenais. Na região já citada, elas são sistematicamente coordenadas pelo médico que faz uma exposição clínica de uns vinte minutos; em seguida, outros vinte minutos são consagrados a medições (peso, tensão, etc.) e outros vinte minutos a um debate. Ao fim de algumas

reuniões, o médico é substituído por um enfermeiro ou enfermeira, e mesmo este é dispensado depois de alguns meses. Aproximadamente 18 meses depois da sua criação, a maior parte dos grupos reúnem-se já sem qualquer médico ou enfermeiro. Sempre que são confrontados com problemas que se sentem incapazes de resolver por si próprios, o secretário do grupo consulta o médico. Foi-nos dito que não sentiam muita necessidade de uma estrutura tão forte, mas assim é mais fácil o corpo médico aceitar a ideia.



Uma avaliação oficial quanto à acção dos grupos de auto-tratamento demonstra que eles produziram uma redução espectacular do número de consultas normais nos hospitais, um conhecimento mais perfeito dos problemas da saúde e tornaram os doentes mais seguros de si próprios. Entre os grupos de hipertensos, notou-se um abaixamento significativo de mortalidade e de traumas cérebro-vasculares, ainda que este resultado seja provavelmente devido, em parte, ao facto de nestes grupos só serem admitidos doentes em condições físicas bastante satisfatórias.

As opiniões acerca destes grupos são variáveis. Os que os frequentam assiduamente dão-lhes adesão total. O pessoal auxiliar, especialmente os assistentes sociais, parece que o consideram útil. Nas faculdades de medicina não se faz referência a este sistema. A maior parte dos médicos parece ter ouvido falar dele, e não lhe são hostis a priori, mas são muito raros os que a ele recorrem efectivamente. Um deles, grande entusiasta do sistema,

fez-nos perceber que os seus colegas talvez temam que os grupos lhes minem a "autoridade". Os ginecologistas são os mais reticentes. Num outro centro, disseram-nos que muitos médicos são contra a "participação" — sob a forma de contribuição de 10 dinars, pois acham que, como os doentes dão uma contribuição (financeira ou outra), sentem-se mais inclinados a meter a sua colherada nos medicamentos e tratamentos que lhes são prescritos.

## Cuidados primários e saúde para todos até ao ano 2000

Os princípios que regem os cuidados primários de saúde e que foram definidos pela Conferência internacional (OMS/FISE) em Alma-Ata (URSS) em 1978, são familiares aos agentes de saúde que encontrámos na Croácia. Segundo a declaração de Alma-Ata, os cuidados de saúde devem ser acessíveis a todo e qualquer indivíduo e a um preço que este possa assumir inteiramente. Nas zonas rurais que visitámos, a rede de saúde cobre de facto toda a população a um custo razoável. É evidente que tudo é relativo e, como tínhamos como guias membros de diversas categorias do pessoal de saúde, não era de esperar que eles revelassem sinais de descontentamento — de facto não descortinámos nenhum. A participação é um problema complexo. Os mecanismos da participação popular na planificação e na racionalização estão lá, mas não parecem ser largamente utilizados. A "participação" financeira é assegurada por cotizações mensais, que representam uma modesta percentagem do salário, e pelo pagamento de uma soma módica quando se recorre aos serviços. Os grupos de auto-tratamento são um meio excelente de obter a colaboração dos doentes, mas ainda não entraram nos hábitos.

O objectivo da OMS de saúde para todos no ano 2000 será atingido na Jugoslávia? Vários factores que se depreendem das ideias expressas tanto pelo pessoal de saúde como por leigos poderiam ajudar nesse sentido.

Em primeiro lugar, o ensino da medicina deveria estar melhor adaptado às necessidades da população. Isto inclui uma concepção diferente dos cuidados médicos e das relações dentro dos serviços de saúde. Em segundo lugar, seria bom que os assistentes sociais gozassem de maior autonomia e ser reconhecidos como trabalhadores de primeira linha dos serviços primários de saúde. Em vez de meros executores das receitas do médico, não deveriam depender dele senão em casos em que considerassem a sua intervenção necessária. Por outro lado, o médico, por sua vez, pode decidir que o caso que lhe é apresentado é do foro do hospital regional. Seria também conveniente

integrar os grupos de auto-tratamento no sistema de saúde e multiplicá-los. Por fim, a comunidade deveria ter uma palavra a dizer na utilização dos recursos sanitários. Disseram-nos que a realização destes objectivos estava subordinada a uma transformação de atitude por parte dos médicos.

Estas propostas podem parecer radicais, utópicas digamos, mas talvez seja mais fácil materializá-las na Jugoslávia que em qualquer outro país da Europa. Existe aí, de facto, uma tradição de participação na política local firmemente enraizada e a devolução do poder às autoridades regionais dá um grande peso às decisões e às medidas tomadas a este nível. A profissão médica está também bastante desperta, e várias personalidades eminentes com quem nos encontrámos estão convencidas que uma reforma seria útil.

---

### Referências bibliográficas

Bartolic A., "A study of the importance of work with small groups organized for a continuous observation of chronic patients". Tese de doutoramento, Universidade de Rijeka, Jugoslávia 1978 (em croata, com resumo em inglês).

OMS/FISE, *Alma-Ata 1978. Os cuidados primários de saúde*. Relatório da Conferência internacional sobre os cuidados primários de saúde, Alma-Ata (URSS), 6-12.9.78

OMS, *Formulação de Estratégias com vista à instauração da saúde para o ano 2000*. OMS, Génève, 1979, Série "Saúde para todos" nº 1 e 2 (preço 5 fr.). (Em francês, inglês, árabe, chinês, espanhol e russo.)

---

Não chega dizer que são as costas dos camponeses pobres que carregam o peso do desenvolvimento, que esse peso pode aumentar mercê de intervenções exteriores e que se torna indispensável a participação local. Tudo isto é verdade, mas este constitui apenas os factores que tornam necessária a adopção de um critério diferente. Os elementos deste critério são muitos, quantas vezes complexos, e requerem um estudo cuidadoso. Iremos citar alguns; esperamos que os artigos anteriores tenham ajudado a clarificar os restantes.

A primeira coisa a fazer será tomar bem consciência de que a saúde não é uma qualquer mercadoria. Ela enraiza-se na própria sociedade. O sistema de prestação de serviços de saúde só se deverá limitar a ser o quadro dentro do qual o processo de desenvolvimento da saúde terá lugar. Será da tecnologia aplicada, da personalidade dos agentes de saúde e das relações com outras organizações que vai depender o nível a que os camponeses vão tomar em mãos a responsabilidade da sua saúde.

As outras etapas implicam uma desmistificação dos aspectos técnicos da saúde nas regiões rurais. Vamos em seguida examinar os papéis respectivos dos agentes de saúde, dos curandeiros tradicionais, de uma tecnologia apropriada, da medicina curativa, da educação sanitária, da ajuda sanitária, da investigação e da avaliação.

# Para uma estratégia de desenvolvimento da saúde rural

## Os agentes sanitários: ao serviço de quem?

Os agentes sanitários "de primeira linha" podem dirigir a sua acção em dois sentidos: ou são correias de transmissão da influência da autoridade central ou apoiam o esforço das comunidades rurais com vista à aquisição de um controlo crescente sobre os seus próprios assuntos. A sua formação técnica não os fecha na sua especialidade. Em determinado país, por exemplo, os agentes de saúde de primeira linha têm por missão lutar contra a subversão. No seu manual de formação vinha expressamente indicado que eles constituem um instrumento útil na luta para assegurar a lealdade da população rural, já que havia agitadores que se estavam a organizar nas aldeias e prestavam serviços de saúde.

Mesmo quando procuram orientar uma comunidade no sentido da independência, é possível que os agentes de um sistema de saúde centralmente controlado se mantenham fiéis ao poder central que lhes paga o ordenado.

Os agentes sanitários são muitas vezes escolhidos entre os camponeses, partindo do princípio que o seu conhecimento do meio enriquecerá automaticamente os conhecimentos médicos adquiridos recentemente e reciprocamente. Porém, raramente é assim. Estes dois domínios do conhecimento apoiam-se em estruturas e ópticas diferentes, por vezes contraditórias. Há, de qualquer modo, frequentemente, um conflito de ideias. A reacção dos agentes de saúde varia: ou a sua acção é uma mera extensão da autoridade central, ou se assumem como membros de uma comunidade que procura

alargar o controlo do seu próprio desenvolvimento. A medicina indígena é frequentemente ignorada ou desacreditada e mesmo quando se lhe reconhece algum valor é, geralmente, para se ganhar a colaboração dos curandeiros tradicionais. Para melhor adaptar os conhecimentos médicos às necessidades dos camponeses, os instrutores de um programa de saúde rural foram enviados ao Sudão fazer um estágio nas aldeias para onde seriam chamados.

Noutro projecto, levado a cabo no Gana, a população local preencheu questionários reveladores das suas necessidades e a formação dos agentes sanitários foi revista em conformidade.

Uma das dificuldades especiais do trabalho dos agentes sanitários de primeira linha é que eles foram treinados a desempenhar algumas tarefas como um ritual. Este ensino é o oposto ao método pragmático que fixa, ao agente sanitário, um objectivo preciso: melhorar efectivamente a saúde da comunidade. Se alguém tem febre, por exemplo, um agente que desempenhe a sua tarefa mecanicamente administra certos comprimidos, preenche um formulário e passa o caso a agentes mais competentes. Como estas tarefas mecânicas são a correia de ligação entre o Tesouro Público e a carteira do agente sanitário, ele não se esforça nem por pô-las em dúvida nem por aperfeiçoar-se.

É muito raro ensinar-se os agentes sanitários a trabalharem com grupos. O contacto pessoal reforça a ideia de que a doença é muito mais um problema individual do que o resultado de riscos colectivos, e esta concepção em vez de unir a comunidade divide-a. Um projecto inovador, realizado no distrito carecido de Giugliano, a norte de Nápoles, na Itália, é uma feliz excepção à regra. Nele, os agentes de saúde de cuidados primários "operatori di base", aprendem antes de tudo a dirigir reuniões que agrupam pessoas com problemas análogos. Os problemas são discutidos em comum e cria-se uma estratégia colectiva. Se precisam de conhecimentos técnicos mais elaborados, os "operatori" contactam um especialista do centro de medicina social, que criou o projecto.

A formação dos guias rurais voluntários (GRV) pelo serviço rural de saúde e assuntos sociais no sul da Índia ilustra uma outra faceta do problema. Sempre que as autoridades centrais não querem, ou não podem, pagar aos agentes rurais voluntários, fica a população encarregue de tal. Mas uma sociedade onde não existe nem solidariedade nem acção comunitária, não está preparada para o fazer. A solução que o serviço rural de saúde e assuntos sociais encontrou foi autorizar os GRV a cobrar dinheiro pelos serviços prestados. É claro que este sistema abre as portas à corrupção, pois



O tratamento pessoal reforça a ideia de que a doença é um problema individual e não o resultado de riscos colectivos, e esta concepção, em vez de unir a comunidade, divide-a.

os agentes sanitários são tentados a consagrar todo o seu tempo aos clientes privilegiados e a passar por cima dos pobres que provavelmente maior necessidade terão dos seus cuidados. Os agentes sanitários acabam, afinal, por estar ao serviço de uma elite rural. Como resolver o dilema? Por um lado, se é o Estado que paga aos agentes sanitários, estes sentir-se-ão mais responsabilizados perante ele que perante a comunidade local. Por outro, se são pagos pelos camponeses com meios, eles acabam por ser considerados seus empregados. Uma solução seria a de incentivar programas locais de desenvolvimento sanitário e rural autofinanciados. Foi o que se passou, por exemplo, com os projectos "Soya Production an Research Association" (SPRA) em Uttar Pradesh, na Índia, e "Gonoshashthaya Kendra" (GK) (Centro de Saúde Pública) em Savar, no Bangladesh (ver pág. 22).

## Conhecimentos tradicionais e estruturas tradicionais do poder

Os curandeiros tradicionais são um recurso para o desenvolvimento sanitário nas zonas rurais, um reservatório de saber, que pode contribuir para a

auto-suficiência local. As pessoas em muitas áreas rurais pobres, e até quantas vezes em meios urbanos, preferem os curandeiros, mesmo quando têm um acesso relativamente facilitado à medicina ocidental.

O lado negativo deste recurso de desenvolvimento rural é o estatuto social e a autoridade de que gozam os curandeiros.

O lado negativo deste recurso de desenvolvimento rural é o estatuto social e a autoridade de que gozam os curandeiros. Eles recusam-se a transmitir aos doentes o que sabem das funções e problemas do organismo, mantendo-os assim na ignorância acerca do diagnóstico e do tratamento. Muitas vezes tornam-se membros muito ricos da comunidade e o seu estilo de vida bem como o seu comportamento assemelham-se, em muitos aspectos, aos dos grupos dominantes. É portanto utópico esperar que eles contribuam de uma forma desinteressada para o desenvolvimento rural, partilhando o seu saber e a sua riqueza com quem os rodeia.

Mas raramente podemos bani-los completamente, tendo em conta os serviços que prestam localmente. Programas inovadores cujo objectivo é permitir que sejam os rurais a assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde enfrentam até, muitas vezes, a sua oposição. Ou os programas dependem em grande medida de dadores estrangeiros para obtenção de medicamentos e fundos para a formação ou eles vêm reforçar as desigualdades existentes, apoiando inequivocamente a medicina tradicional e os interesses que ela representa.

Talvez a solução esteja no meio termo: uma aliança de princípio com os que praticam a medicina tradicional, conjugada a uma avaliação imparcial feita, quer pelos curandeiros, quer pelo pessoal médico, dos méritos respectivos dos dois sistemas. Na medida do possível será porém conveniente, nas negociações com os curandeiros, dar provas de firmeza, para evitar consolidar sistemas de poder que vêm a par com a monopolização do saber.

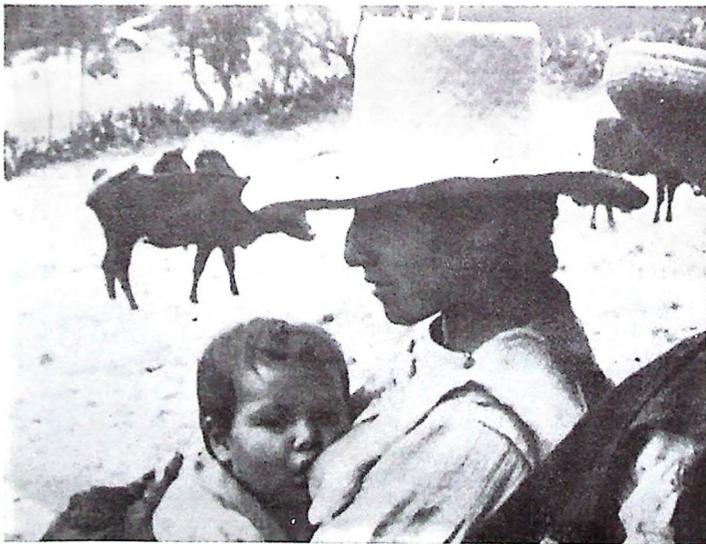
## Tecnologia apropriada

Nos últimos dez anos, desenvolveram-se uma série de auxiliares sanitários, depois das decepções causadas pela aplicação de técnicas sofisticadas nas zonas rurais. A tecnologia apropriada (TA) vai de vento em popa. Não se trata de uma coisa negativa em si e é melhor que uma "tecnologia desapropriada". Muitas ideias são inteligentes. Algumas chegam mesmo a funcionar bem, mas muitas são opções baratas que não servem para nada e que retiram às aldeias a iniciativa do desenvolvimento, reduzindo este a um privilégio



exclusivo das cidades e dos países industrializados. Tal como a tecnologia "de ponta", também não é a TA que melhora as condições de vida do camponês pobre. Continua a nada lhe custar porque lhe é oferecida como ajuda, mas enquanto a primeira saía cara ao dador, esta não lhe custa quase nada. É, obviamente, mais "apropriada" para os dadores.

O importante é, evidentemente, o contexto em que a tecnologia vai ser aplicada. Uma dada tecnologia, em determinado contexto, pode roubar a iniciativa à população rural, ignorar a sabedoria local e em nada contribuir para melhorar a situação imediata; a mesma tecnologia, noutro contexto, pode ter efeitos muito positivos e levar as pessoas a compreender, pela primeira vez, que podem agir por si próprias. Muitas vezes bastará transmitir informações — o plano de uma fossa séptica, por exemplo — para provocar uma verdadeira inovação tecnológica (No anexo pode encontrar uma lista que ajudará a determinar em que medida as técnicas sanitárias são apropriadas em diferentes contextos).



## Desenvolvimento da medicina curativa

Desde há longo tempo, os peritos sanitários vêm insistindo, e com razão, em desenvolver a medicina preventiva nas aldeias. Todavia esta posição serviu, demasiadas vezes, de desculpa para manter a medicina curativa nas mãos dos profissionais. É muito fácil sugerir aos outros que cavem buracos não chão para instalar latrinas, enquanto os profissionais continuam de bata branca e a receber os elogios por responderem às necessidades imediatas da comunidade: curar uma criança doente é muito mais espectacular que escavar um poço. Uma acção preventiva é absolutamente necessária — mas para que os agentes de saúde locais ganhem a estima da comunidade e para que a comunidade faça uma melhor opinião de si própria, torna-se necessário que eles sejam capazes de diagnosticar e resolver os problemas colectivos. É preciso que seja visível a sua imediata contribuição para a saúde.

Uma enorme percentagem dos pobres que vivem nas zonas rurais sofre de qualquer doença. Para eles, participar em actividades preventivas não é muito estimulante, mas o facto de padecerem de um mal não os devia deixar de fora da carruagem do processo do desenvolvimento sanitário. "Grupos de doentes", isto é, de pessoas atacadas pela mesma doença crónica, podem ser orientados para se virem a tratar em conjunto. Mesmo no caso de doenças agudas, o camponês sente-se mais integrado no seu tratamento se é ele que administra a cura que lhe foi prescrita, ou se esta lhe é administrada por um parente — eventualmente o agente sanitário pode tornar-se uma realidade tanto na medicina curativa como na medicina preventiva.

"Divulgar a medicina curativa" não significa "aumentar o consumo de medicamentos". A sobre-medicamentação é já flagrante. O que é preciso é informar melhor, e isso pressupõe uma certa desmistificação. O meio mais seguro de lá chegar é garantir um aprovisionamento em medicamentos essenciais (como é sugerido no anexo) acompanhados de um modo de emprego claro, na língua local, ou através de símbolos apropriados.

## Educação sanitária — para quem?

"Mais educação sanitária" — é um leitmotiv dos peritos internacionais. Diz-se que é preciso ensinar aos camponeses a aceitar certos alimentos, a contracepção, os remédios e algumas práticas de higiene. As elites nacionais aderem de boa vontade a estas ideias, pois assim vêem reforçar a sua

superioridade. A opinião de que a doença e a incapacidade são causadas pela ignorância ou que, no mínimo, podem vir a ser reduzidas pela educação, denota um erro de cálculo generalizado. A ignorância, no sentido de analfabetismo, é resultado precisamente das mesmas condições sociais que provocam as doenças evitáveis e as incapacidades. Têm origem nas mesmas desigualdades sociais, económicas e políticas que as doenças devidas à pobreza.

Para ser eficaz, a educação sanitária deve dar à população local a possibilidade de controlar efectivamente os cuidados de saúde e outros aspectos da vida rural. A este respeito, podemos citar o plano elaborado pela esposa de um grande agricultor na América Latina. Ela percebeu que o único lugar onde as mulheres se juntavam regularmente era o poço, e depois cada uma ia a sua vida, e foi aí que fez instalar um altifalante difundindo conselhos de higiene (lavagens, cozinha, refeições, contracepção, etc.). A ideia é excelente, mas o nó da questão lá está: quem controla a educação? As boas intenções desta mulher esclarecida não são suficientes. Já que a técnica é simples, porque não encarregar um grupo de mulheres de transmitir cassettes gravadas? Então o "grupo alvo" (para usar uma expressão do sistema hierarquizado de educação sanitária) aprenderia verdadeiramente qualquer coisa.

## A ajuda sanitária

As opiniões relativas às vantagens e inconvenientes da ajuda sanitária e de qualquer outra forma de ajuda ao desenvolvimento rural, estão bastante divididas. Uma das teses começa por afirmar que uma transferência de recursos poderia facilitar algo que de outro modo nunca seria possível, dadas as presentes circunstâncias. "Esmola para os pobres" é sempre, em princípio, uma bonita acção. Outros no entanto dirão que a esmola nunca tirou o pobre da miséria e muitas vezes é mesmo prejudicial, pois fá-lo perder o hábito de contar consigo próprio e torna-o dependente do dador.

As implicações desta primeira tese são simples: a ajuda é uma coisa boa, temos portanto que a aceitar. As da segunda são menos claras, pois parece ser exagerado e pouco realista rejeitar toda e qualquer ajuda.

Excepto numa sociedade economicamente sã, independente e igualitária (onde provavelmente qualquer forma de ajuda seria superflua), é muitas vezes conveniente desafiar as estruturas nacionais de poder, se queremos que o desenvolvimento sanitário aumente a participação popular. Financiamentos externos podem então proporcionar a independência económica



No caso de uma das funções atribuídas ao agente de saúde ser o recolher de dados, este dará prioridade a esta tarefa, passando a solução dos problemas para segundo lugar.

necessária para criar uma base de poder alternativo. É possível também que indivíduos estranhos à comunidade, bem como membros das classes privilegiadas nativas, possam contribuir para este processo. Os riscos de agravar a dependência cultural e económica são todavia consideráveis e estão sempre presentes.

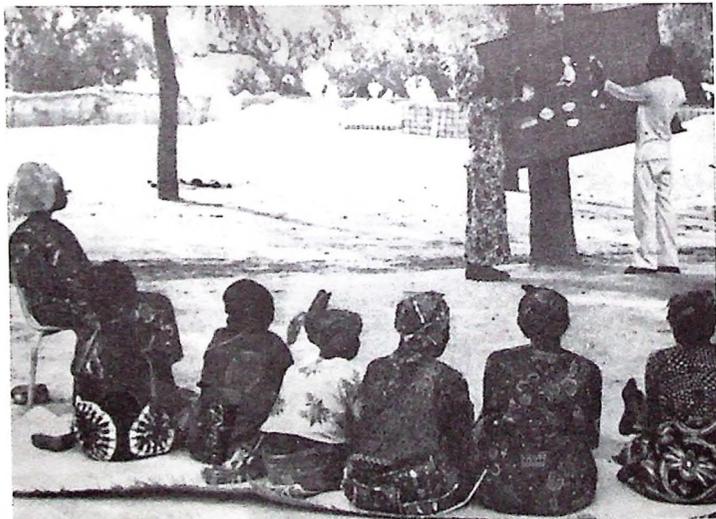
A Ajuda sanitária pode assim ser integrada num sistema mundial de acção social ao qual se afectam um ou dois por cento dos recursos mundiais, a fim de garantir um mínimo vital a todos aqueles que não têm qualquer controlo sobre os seus recursos. Mas também pode acontecer que ela sirva como instrumento de pressão às elites nacionais que mantêm os seus compatriotas num estado de miséria quase total. Em última análise, a ajuda sanitária, como muitos outros aspectos do desenvolvimento rural, é uma arma de dois gumes.

O melhor que há a fazer em cada situação será talvez proceder a uma exame sistemático das condições a que a ajuda está subordinada: modalidades de reembolso, se se forma entre a população quem mais tarde possa substituir os estrangeiros, se os técnicos do país dador gozam de facilidades tais que os colocam numa situação privilegiada, se — bem vistas as coisas — a dependência da população local em relação ao dador tem tendência a aumentar ou a diminuir. No fundo, se os dadores seleccionam os casos em

que melhor podem exercer a sua influência, porque é que os beneficiários não poderão dar a sua preferência aos dadores que lhes imponham menos laços de dependência?

## Investigação e avaliação

A investigação no domínio da saúde centra-se, em geral, nas necessidades dos grupos dominantes. Mesmo se se interessa pelos rurais pobres, tem sempre em conta os problemas que também dizem respeito aos ricos, tais como o crescimento demográfico ou as infecções que afectam todas as classes sociais (a variola, por exemplo). Em conferências científicas sobre o paludismo que flagela milhões de habitantes do Terceiro Mundo é provável ouvirem-se sábias comunicações sobre complicações muito raras como o paludismo cerebral e seu tratamento. A propósito de esquistosomiase (bilharziose) falar-se-á de complicações urinárias. Raras vezes a atenção se concentra na anemia crónica provocada por essas doenças. E no discurso ritual



E preciso que a saúde ganhe raízes no seio da comunidade... o que exige... uma capacidade cada vez maior para tomar decisões sobre as prioridades sanitárias.

50

de encerramento das reuniões científicas, vai-se repetir que "é preciso continuar as pesquisas". Alias, quando se referem à situação dos camponeses pobres, tem-se geralmente em mente o estudo de carências psicológicas e educativas destes grupos.

Todos estão de acordo em que uma pesquisa deve incidir sobre um problema precisa e que as informações recolhidas não devem ser armazenadas num arquivo à espera do dia em que possam ser úteis. No entanto, dá-se a primazia aos sistemas de reunião de informações correntes que, em si próprias, não têm muito valor. Num projecto executivo na Índia, três agentes sanitários, cada um com uma missão diferente, estavam encarregados de reunir informações de 50 em 50 casas que visitavam. Cada casa recebia a sua visita uma vez por mês, preenchiam um formulário-tipo e as informações eram transmitidas ao hospital central onde eram guardadas. E era tudo: as pessoas forneciam os dados, o agente sanitário registava-os e transmitia-os. Durante os dez anos do projecto (que recentemente se concluiu) não se registou nenhuma melhoria significativa dos parâmetros vitais (mortalidade dos recém-nascidos, mortalidade infantil, etc.) no perímetro do projecto, em relação ao resto do país.

O problema é que a investigação e a relação acabam por ser um fardo suplementar que é imposto aos agentes sanitários, já por si sobrecarregados. É quase sempre assim quando a avaliação parte do topo para a base. Se se entrega a um agente sanitário, como uma das suas tarefas, a função de reunir dados, será nisso que ele se ocupará mais, passando para segundo plano a solução dos problemas, tarefa obviamente mais difícil de vir a ser apreciada.

Os cuidados primários de saúde supõem uma definição de prioridades sanitárias, especialmente quando os créditos são limitados. O homem da rua não tem voz activa no processo. São terceiros que se apercebem das suas necessidades e que decidem se devem ou não ser satisfeitas. É por demais evidente que é indispensável associar a todo o processo a população afectada.

Um factor susceptível de criar um certo optimismo no campo da avaliação e da investigação é a importância crescente que vem sendo dada à investigação participante, considerada como uma componente da acção sanitária, e na qual a população tem um papel cada vez mais determinante. Parte-se do princípio que descobrindo ela própria os problemas e escolhendo as medidas a tomar, a população ficará mais disposta a associar-se ao processo de desenvolvimento no seu conjunto.



## Mas afinal que se deve fazer?

Foram desenvolvidas várias estratégias de combate ao agravamento da pobreza rural: política de desenvolvimento social tendo em vista elevar o nível de instrução e protecção social; política de habitat com vista a melhorar e aumentar as habitações nos bairros pobres; programas e políticas de desenvolvimento rural "integrado", tendo como objectivo descentralizar a indústria e criar postos de trabalho. No sector da saúde, experimentaram-se programas verticais e diversas formas (assistência, coerção e estímulos materiais) com vista a redistribuir os recursos sanitários. Todavia, cada uma destas estratégias diz respeito a um único sector (saúde, educação, segurança social, emprego), enquanto nos restantes se mantêm intocáveis as desigualdades. Ainda não há coordenação entre os programas sectoriais para as zonas rurais, a fim de fazer frente aos problemas dos seus habitantes, e este fracasso a nível nacional é muitas vezes agravado com a intervenção de agências internacionais de ajuda. Porventura o mais importante é que estas soluções só muito raramente fazem apelo à criatividade e dinamismo da população que pretendem servir.

Outro tipo de soluções que vão ganhando terreno envolve uma análise das necessidades da população interessada e a elaboração de programas de acção destinados a satisfazê-las. Uma delas é o "método da participação", que já fez correr muita tinta mas que, na prática, nunca foi aplicada ao desenvolvimento sanitário. Vários especialistas internacionais que consideravam a participação como um meio para alargar a cobertura dos serviços, falam agora de fracasso. Estes peritos citam projectos em que a participação popular consistia, por exemplo, em cavar fossas para a instalação de latrinas. Disseram às pessoas onde e como as fossas deviam ser escavadas e como se

deviam utilizar das latrinas. Ora ninguém se veio a servir delas e a conclusão tirada foi a de que a participação tinha redundado num fracasso. Muito diferente é a óptica que considera o desenvolvimento sanitário como uma componente da participação social. O trabalho quotidiano é então orientado para este objectivo mais audacioso.

Os argumentos pró e contra uma crescente participação no desenvolvimento da saúde têm origem em questões políticas e não somente em questões de ordem técnica ou financeira. As realizações sanitárias são, sem dúvida, influenciadas por factores políticos, sociais e económicos, mas só em parte. Trata-se de evoluir progressivamente para chegar a um ponto em que as decisões sejam tomadas pelos camponeses. O princípio que reside é que a saúde não se transfere nem se troca como qualquer mercadoria. Os serviços médicos poderão talvez ser oferecidos como tal, mas isso não leva a uma automática melhoria da situação sanitária. Geralmente o efeito acaba por ser o reforço das relações comerciais no resto da sociedade. É preciso que a saúde ganhe raízes no seio da própria comunidade, o que exige o desenvolvimento dos conhecimentos em matéria de higiene, através de uma educação melhorada (como se lavam os dentes, etc.), mas também uma crescente capacidade para tomar decisões sobre as prioridades sanitárias.

Em muitos pontos do planeta, estão a formar-se grupos motivados, que elaboram uma teoria cada vez mais articulada e coerente de participação no desenvolvimento sanitário. O seu método baseia-se numa análise das necessidades feita pela população e no desenvolvimento de programas de acção sucessivos, chegando cada um mais longe que o anterior. Importa agora fazer confiança neste método e tirar ensinamentos da experiência adquirida. Este é um primeiro passo para a realização das aspirações dos camponeses pobres. ●

## editor

Victoria Bawtree

## paginação

Eugenio Caldi

## secretariado

Barbara di Marco

Madeleine Zeller

M/P7533/F

É gratuito. Para o receber basta escrever para a morada aqui referida dando todos os pormenores necessários e indicando nomeadamente a língua em que se deseja recebê-lo. Uma alteração de morada deve ser imediatamente indicada.

Todos os comentários ou críticas são bem-vindas. Não há qualquer impedimento à reprodução dos artigos nele incluídos desde que a sua fonte seja citada.

Publicado pela Campanha Mundial contra a fome: Acção pelo Desenvolvimento, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, 00100 Roma, Itália. As opiniões expressas não representam necessariamente as posições da FAO ou da CMC/AD, nem as designações utilizadas implicam a opinião da organização sobre o estatuto jurídico dos países ou a delimitação das suas fronteiras.

## Índice

Editorial .....	2
O desenvolvimento rural e cuidados primários de saúde .....	2
Mitos e obstáculos .....	4
O mito dos cuidados primários de saúde: um estudo de caso no Perú, por Frits Muller ....	7
<i>As estações e a saúde no meio rural</i> .....	13
Mobilização para a saúde: o caso da Guiné-Bissau (extracto de um estudo) .....	13
Saneamento e desenvolvimento rural, por Piers Cross e Neil Andersson .....	15
<i>Instalação de latrinas ventiladas modernas no Zimbábue</i> .....	17
<i>Saneamento comunitário no Paquistão</i> .....	20
<i>Esquemas de financiamento alternativos</i> .....	22
Participação e responsabilidade dos agentes de saúde comunitária — uma experiência realizada no México por David Werner .....	23
Ao Serviço do Povo: reflexões de um agente de base na Ásia, por Jaime Z. Calvez-Tan an	29
<i>Médicos de província</i> .....	31
Planificação e gestão dos cuidados primários de saúde, por Gill Walt e Patrick Vaughan	34
Os pesticidas e o desenvolvimento rural, por Neil Andersson .....	36
<i>Botswana: "Deformação profissional"</i> .....	41
Jugoslávia: os serviços de saúde rural na Croácia .....	41
Para uma estratégia de desenvolvimento de saúde rural .....	45

## Ilustrações

Capa de E. Caldi, com "abre à palabres" de Nuru ( de **Contact**, nº. 53, CMC (Conselho Ecuménico das Igrejas, Genebra); desenhos de L. Mackie ... 4-6, 29, 43; foto OIT (publicada pela FAO) ... 7; foto de F. Muller ... 9; fotos OMS de Y. Pouliquen ... 10, 12; (publicada pela FAO) ... 15; D. Deriaz ... 19, 35; J. Abcede ... 21, 33; RC da Silva ... 24, 51; A.S. Kochar ... 34; desenho extraído de Educação Sanitária, Comissariado de Educação Nacional (Guiné-Bissau) ... 13; desenho de capa de **Água e Saneamento para todos?** Earthcan (Londres), 1980 ... 16; banda desenhada de C. Offley (extraída do **New Internacionist** (Oxford), Setembro 1981 ... 18; desenhos extraídos de **Helping Health Workers Learn**, the Hesperian Foundation (Pala Alto, USA), 1982 ... 23, 26, 28, 51; foto publicada pela FAO ... 25; fotos FISE (publicadas pela FAO) ... 27-49; desenho extraído de **Utusan Konsumer**, Associação de consumidores de Penang (Malásia), Janeiro 1982 ... 32; desenhos extraídos de **Pesticides Problems in a Developing Country**, Friends of the Earth (Malásia), 1981 ... 40; foto FAO de F. Mattioli ... 46; P.A. Pittet ... 48; foto PAM/FAO de G. Tortelli ... 47