

PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE

281/ct

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO 09 - MEDICINA COMUNITÁRIA

Alberto Pellegrini Filho (Coord.)

Célia Leitão Ramos

Célia Regina Moreira de Souza

Eric Jenner Rosas

Francisco Javier Uribe Rivera

Joaquim Alcides Toledo Ribeiro

281/ct

v. 43

072

"Ao povo
Lúcido de estar sempre obrigado
a me corrigir, para poucas vezes ser
inconseqüente na participação de sua luta
contra o desespero e falta de liberdade,
enquanto ocorram."

"APRENDIZAGEM"
José Carlos Capinam

ÍNDICE

	<u>PÁG.</u>
I. INTRODUÇÃO	5
II. A MEDICINA COMUNITÁRIA, A QUESTÃO URBANA E A MARGINALIDADE SOCIAL	9
III. A QUESTÃO AGRÁRIA E A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO	27
IV. PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS ("O PROGRAMA DE MONTES CLAROS")	44
V. PROJETO DE ÁREA PROGRAMÁTICA PARA SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE: O PROGRAMA DO VALE DO RIBEIRA	103
VI. PROJETO DE ATENÇÃO MÉDICA SIMPLIFICADA PARA UMA ÁREA PERI-URBANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	220
- NOTAS	261
- BIBLIOGRAFIA	267

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, vem se generalizando entre os profissionais que trabalham nas instituições ligadas, direta ou indiretamente, ao planejamento e à prestação de serviços de saúde a consciência de que o crescente custo e a relativa ineficiência dos serviços médicos tradicionais impõem a necessidade de reformulações na organização da atenção médica em nosso país.

Um conjunto de proposições alternativas vem sendo recomendadas. Há, de modo geral, um amplo consenso em torno da necessidade de integração dos serviços prestados pelas várias agências públicas e privadas em um Sistema Nacional de Saúde, da necessidade de uma regionalização e hierarquização dos serviços e de uma maior ênfase na atenção primária prestada por pessoal de nível médio.

Estas propostas vêm, sistematicamente, acompanhadas de formulações vagas quanto à importância da participação da população nas ações de saúde, conceito que se presta a interpretações diversas e frequentemente contraditórias. É indispensável, portanto, assumir, já de início, uma posição diante dessa questão. A participação da população é, a nosso ver, realmente fundamental para o planejamento e a implementação das reformas. Pode-se mesmo considerar que grande parte das dificuldades encontradas na efetivação das reformas decorrem, justamente, da ausência de uma verdadeira participação de todos os setores da população das decisões relativas à definição das políticas de saúde. Admite-se apenas uma participação limitada a parcelas restritas, nem sempre comprometidas com a melhoria das condições de vida da coletividade, como é o caso, por exemplo, de alguns empresários do setor que têm condições de fazer valer seus interesses, obstaculizando as reformas necessárias.

A possibilidade de que amplas camadas da população venham a influir nas decisões concernentes às políticas de saúde está condicionada a um contexto político geral que permita o exercício da participação em todos os setores da vida nacional. Mesmo assim, acreditamos que os Programas de Medicina Comunitária, que procuram viabilizar a participação da população por eles atendida no planejamento e execução das ações de saúde, são experiências que,

dependendo de como forem encaminhadas, não só permitem testar a eficiência das práticas alternativas, como podem se constituir em elementos dinamizadores de formas organizativas da população voltadas para a expressão de seus interesses.

Tendo em vista estas considerações, acompanhamos alguns programas de Medicina Comunitária, buscando estudar prioritariamente como vem se dando a participação da população nos mesmos. Este objetivo nos levou ao desenvolvimento de duas linhas de investigação interdependentes.

Visando estabelecer um marco teórico que possibilitasse uma análise crítica dos programas e entendendo que as características da prática médica não se explicam por si mesmas mas nas suas relações com a estrutura social, procuramos estudar as articulações da Medicina Comunitária com a nossa problemática urbana e rural, em seus aspectos econômicos, sociais e políticos. Embora suas determinações gerais sejam comuns, procuramos destacar, por um lado, as relações entre a Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a Marginalidade Social e, por outro, as relações entre a Questão Agrária e os Programas de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Campo. O presente relatório contém os dois textos produzidos com os resultados destes estudos.

O acompanhamento dos programas foi feito através de visitas periódicas aos mesmos e de seminários com elementos das várias equipes. Conforme foi mencionado em relatório anterior, o relacionamento com os responsáveis pelas equipes permitiu o estabelecimento de um compromisso, segundo o qual eles seriam, ao mesmo tempo, parte do objeto a ser investigado e sujeitos da investigação. Este tipo de estudo foi considerado como uma oportunidade para desencadear ou dinamizar, no interior dos vários programas, um processo de reflexão crítica permanente sobre suas práticas. Para este processo contribuiu também, e de modo significativo, a troca de experiências entre as várias equipes durante os seminários realizados periodicamente. Apresentamos neste relatório observações referentes a três programas, dois em área rural e um em área urbana, com cujas equipes foi possível manter um relacionamento regular e constante.

II. A MEDICINA COMUNITÁRIA, A QUESTÃO URBANA E A MARGINALIDADE
SOCIAL.

II. A MEDICINA COMUNITÁRIA, A QUESTÃO URBANA E A MARGINALIDADE SOCIAL.

SUMÁRIO

1. Introdução
2. A Questão Urbana e os Meios de Consumo Coletivo
3. A Questão Urbana e o Capitalismo
4. A Marginalidade Social
5. A Participação Comunitária

II. A MEDICINA COMUNITÁRIA, A QUESTÃO URBANA E A MARGINALIDADE SOCIAL

1. Introdução

A "Medicina Comunitária" ou "Medicina de Comunidade" (1) possui, na atual política do Ministério da Saúde, algumas características e objetivos delineados a partir da V Conferência Nacional de Saúde, entre os quais:

- ampliação da cobertura através da extensão da rede de serviços;
- integração e regionalização de serviços;
- apoio ao desenvolvimento de formas simplificadas de atendimento;
- participação da população nos serviços que lhe são oferecidos.

Embora os objetivos definidos na V. Conferência se refiram, de maneira específica, às populações rurais, o que se verifica, de fato, é a extensão desse tipo de medicina a certos setores da população urbana considerados, da mesma forma que a população rural, como parte do contingente de miseráveis, de pobres ou, numa linguagem mais técnica, do contingente populacional marginal da sociedade (2).

O presente trabalho tem por objetivo estudar a Medicina Comunitária no contexto urbano.

A cidade é o lugar privilegiado onde se concentram os chamados "meios de consumo coletivo", conjunto a que pertencem os serviços de saúde, dos quais a Medicina Comunitária é um caso particular. A definição de suas características e de sua distribuição sofre, portanto, a influência das mesmas determinações gerais a que estão sujeitos os demais elementos do conjunto "meios de consumo coletivo". Tal constatação nos obriga, de início, a tecer algumas considerações sobre a questão urbana e os fatores que influenciam a disposição e as características dos "meios de consumo coletivo".

Pretende-se com isso esboçar um quadro referencial que permita analisar alguns aspectos desta forma de prática médica.

2. A Questão Urbana e os Meios de Consumo Coletivo

Para iniciar a discussão sobre a questão urbana, expressão que tem recebido diversas interpretações, seria esclarecedor e, neste sentido, produtivo, delimitar a problemática a que se refere o termo, hoje tão em voga.

Segundo Castells, a questão urbana "não pode ser tudo quanto sucede nas cidades porque, ao estar cada vez mais urbanizada nossa sociedade, acabaria por não haver nenhuma especificidade nos problemas colocados, e o termo se converteria em inútil, devido ao seu caráter excessivamente genérico. Quando se fala de 'Problema Urbano', nos referimos... a toda uma série de atos, de situações da vida cotidiana cujo desenvolvimento e características dependem estritamente da organização social em geral."

Trata-se, portanto, de um leque de problemas, interrelacionados, a que está submetida a cidade. Problemas que vão desde as precárias condições de habitação até os transtornos diários com os transportes, com a poluição do meio ambiente, passando pelas questões de saúde pública, educação, saneamento, policiamento e criminalidade. Em suma, uma lista de questões que se referem diretamente às condições de vida dos habitantes das cidades.

Neste sentido, por exemplo, o Plano Urbanístico Básico de São Paulo, preparado para o centro urbano economicamente mais importante do país, apresenta dados impressionantes para 1968: 47,6% dos domicílios da cidade desprovidos de serviços de água; apenas 41,3% servidos por redes de esgotos e somente 15,9% atendidos pelos serviços de coleta de lixo.

Referindo-se aos problemas de transportes em São Paulo, um estudo realizado com base em dados oficiais diz o seguinte: "o intenso processo de motorização ocorrido nos últimos anos, expresso pela frota de veículos que passam de 120 mil na capital em 1960 para quase um milhão em 1974, acirrou enormemente o congestionamento do tráfego. Em 1968 havia 7 milhões de deslocamentos diários,

cifra que em 1974 passa para 13,9 milhões. Contudo, o que ressalta é a modalidade destes percursos diários. De um lado o transporte individual: são os grupos abastados, possuidores de automóveis, cuja média de ocupação é de 1,2 pessoas por veículo. De outro o transporte de massa apoiado em 7 mil ônibus mais os 1.500 de empresas intermunicipais que transportam diariamente 6,8 milhões de passageiros, carregando nos momentos de maior afluência cerca de 130 pessoas por veículo, o dobro da lotação máxima prevista. O transporte ferroviário de subúrbio, por sua vez, conduz 900 mil passageiros por dia: é o cotidiano dos 'pingentes', ou seja, 700 usuários que, duas vezes por dia, abarrotam uma composição que não deveria receber mais de 300 passageiros".(3).

Resultado dessa situação são os constantes engarrafamentos de trânsito e atrasos nas viagens de um ponto a outro da cidade. A maioria da força de trabalho que reside na periferia da cidade perde de 3 a 4 horas para ir e voltar do trabalho à casa, sob condições extremamente desconfortáveis e cansativas. (4)

Certas análises que se propõem a estabelecer parâmetros para a implementação de políticas governamentais tendem a localizar no crescimento das cidades as causas da situação caótica que configura o modo de vida característico dos centros urbanos modernos.

Ficou célebre a frase dita por um prefeito de São Paulo a respeito dos problemas da cidade que era conhecida pelos slogans "São Paulo não pode parar" ou "a cidade que mais cresce no mundo". Ouvia-se agora da autoridade encarregada de chefiar a sua administração a afirmação de "São Paulo deve parar!"

Nas grandes cidades brasileiras, os departamentos e órgãos responsáveis pela política urbana conquistaram posição de realce. Passaram a ser adotadas medidas de controle do crescimento urbano: desestímulo à entrada de imigrantes; tombamento de prédios e locais de valor histórico para disciplinar a expansão imobiliária; controle do crescimento de favelas e demais zonas de habitação popular, implicando, inclusive, em alguns casos, remoções violentas com a participação da polícia (o que compensa a medida a que nos referimos anteriormente). Estímulos à implantação de distritos industriais - como é o caso do distrito de Santa Cruz, no

Rio de Janeiro - fazem parte, também, dessas políticas. Sua justificativa social tem sido a de que se evita assim a poluição atmosférica na cidade.

Essas medidas surtem pouco efeito, pois a causa dos problemas urbanos não está no crescimento em si das cidades. Os centros de porte médio apresentam, em dimensões mais reduzidas, os mesmos problemas.

Não será controlando os índices de crescimento urbano que se criará uma civilização urbana mais humana. É igualmente falso supor a existência de uma contradição essencial entre bem-estar e vida urbana.

Não se trata de crescer ou, simplesmente, parar de crescer, o que significaria, inclusive, contrariar as regras do sistema. Como também não se trata - e é o que parece sugerir esse tipo de interpretação - de uma crise, de um mau momento, numa estrutura essencialmente correta.

Referindo-se aos vários problemas que conformam a existência do urbano, Castells tece o seguinte comentário: "Esse conjunto de fenômenos forma um todo. Não são fatos característicos de uma civilização em crise. Constituem um processo social estruturado cuja lógica e unidade advêm do desenvolvimento progressivo de novas contradições sociais nas sociedades capitalistas".

As concentrações urbanas, seu alto índice de densidade demográfica, os precários serviços de saneamento, os problemas do tráfego, as constantes enchentes, a permanente poluição ambiental, o comportamento rotineiro dos seus habitantes, todos esses problemas configuram uma situação que deve ser percebida como um todo, como resultado de um modo próprio de existência. Não podem ser pensados como problemas isolados de um contexto social ou como produto de um momento de crise, afinal tão geral e presente em vários momentos históricos conjunturais. Tampouco podem ser percebidos como fruto de um erro de dosagem passível de ser corrigido com a retirada ou acréscimo de algum elemento.

Para ser mais consequente, a investigação deve entender-se a partir de uma ótica mais abrangente. Optamos por seguir o raciocínio proposto por Castells: perceber o complexo de deter-

minações de tipo histórico como o contexto no qual deve ser inserido o estudo da problemática urbana.

3. A Questão Urbana e o Capitalismo

A cidade moderna é contemporânea ao capitalismo. Seu referente econômico, no plano da produção, articula-se à tendência histórica do capital que procura evitar os altos custos de produção, concentrando especialmente produção, circulação e consumo.

Evitando a tendência a um tipo de ocupação espacial rarefeita, a cidade impõe a montagem de serviços e equipamentos urbanos em escala ampliada, assegurando, também por esse lado, economia de custo.

A organização urbana sustenta-se em uma complexa infraestrutura: ruas calçadas e asfaltadas, serviços de saneamento, transportes, energia elétrica, segurança, etc.

Além de cumprirem funções de base para a estruturação de um complexo sistema produtivo, esses bens e serviços funcionam como implementos geradores das condições de bem-estar social das populações urbanas.

No primeiro caso, podemos citar como exemplos as modernas rodovias, pontes, portos, viadutos, distritos industriais, redes elétricas de alta tensão, armazéns, etc.

Típicos do segundo caso são os serviços e equipamentos de consumo coletivo: áreas de lazer, transporte público, serviços de saúde e saneamento básico, ensino público, etc.

Os bens de consumo coletivo apresentam características particulares que os distinguem de outros serviços e equipamentos urbanos.

Diferentemente de um objeto de consumo individual (um alimento, por exemplo), os meios de consumo coletivo não são destruídos ao serem consumidos. São, portanto, bens de consumo duráveis.

Outra característica a ser assinalada é a relação existente entre os momentos de produção e de consumo. Como afirma Lojkine:

"em oposição aos meios de consumo individuais, os meios de consumo coletivo não são mercadorias no sentido rigoroso do termo, isto é, produtos materiais com existência independente de seu processo de produção. Certamente que uma escola, uma estrada, um espaço de recreação são objetos materiais, eles têm valor, isto é, são trabalhos passados, cristalizados: Mas seu valor de uso próprio não se encontra cristalizado em um objeto que possa ser vendido. O produto vendido no caso não é senão um efeito útil de um processo material que, por sua vez, não cria nenhum produto: a gestão dos meios de consumo coletivo. Vende-se um trabalho, não um produto".

Assim, qualquer tipo de bem de consumo individual é, por natureza, distinto dos meios de sua produção; já o bem de consumo coletivo é inalienável em relação aos meios materiais que o produziram...

Serviços e equipamentos de saúde, por exemplo, destinam-se, necessariamente, ao atendimento de uma coletividade. São bens de uso duráveis. Não se esgotam com o uso individual. Por outro lado, o serviço médico é um trabalho que só se realiza no momento mesmo em que é consumido. Um hospital só existe enquanto tal na medida e no momento em que se realiza a prestação dos serviços médicos.

Toda essa ampla infraestrutura urbana, incluindo os meios de consumo coletivo, constitui um campo de investimentos sem retorno ou de baixa lucratividade e elevados custos de produção e, portanto, não preenche, de maneira geral, os requisitos que satisfaçam amplamente os interesses da iniciativa privada. Historicamente, tem sido reservada ao Estado a tarefa de investir na produção desses bens ou recursos públicos e de geri-los.

No plano da política de implementação dessas redes, duas lógicas orientam a aplicação dos recursos públicos. Uma lógica orientada para a implementação de empreendimentos destinados à montagem de infraestrutura, garantindo os alicerces indispensáveis ao desenvolvimento da acumulação capitalista. Outra lógica voltada para as condições de bem-estar social dos habitantes da cidade. As duas lógicas funcionam segundo racionalidades próprias e mutuamente contraditórias.

A racionalidade orientada para a elevação do padrão de

vida da população urbana articulam-se interesses voltados para a organização de serviços e equipamentos de uso público. Ao nível da saúde, por exemplo, não têm interesse os serviços médicos que tratam as doenças sintomaticamente, deixando de combatê-las nas suas raízes. Não interessa a construção de rodovias, grandes pontes e viadutos quando a forma mais rápida, confortável e barata de transporte se dá por meio de ferrovias ou vias aquáticas.

Pela ótica do capital, no que concerne aos equipamentos de consumo coletivo, interessa o mínimo de investimentos destinados a assegurar a reprodução da força de trabalho. Interessa transporte capaz de levar a mão-de-obra aos locais de trabalho, não importando em que condições isso ocorra. Interessa a existência de serviços escolares que apenas capacitem a mão-de-obra, relegando a um plano secundário a formação humana e social. Interessam serviços de saúde que tratem sintomaticamente a doença, encarando o paciente como mero meio de produção que deve estar apto a produzir.

Nas sociedades capitalistas, ainda que sofra as oscilações impostas por variações conjunturais, a ótica do capital leva, de modo geral, a melhor. A leitura de relatórios governamentais poderá demonstrar, de maneira exata, como é realizada em sociedades deste tipo a gestão dos recursos públicos.

Por outro lado, ao nível da distribuição social desses serviços, observa-se um processo diferenciado. Áreas de moradia típicas das classes populares apresentam um nível precário de serviços e equipamentos de consumo coletivo, ao contrário do que ocorre em bairros de população de padrão econômico mais elevado, onde os serviços e equipamentos urbanos existem em quantidade e qualidade de relativamente satisfatórias, se comparadas às áreas populares.

Essa diferenciação explica-se pelos desníveis que se observam no peso político específico das classes no interior da sociedade, sua capacidade de pressão social e seu grau de representação no interior do aparelho de Estado.

As precárias condições de existência a que estão submetidas as classes populares originam movimento de reivindicações de tipo urbano que, não raro, assumem caráter político.

De acordo com Borja, as conseqüências destes movimentos se dão em dois planos.

1. Econômico: elevação relativa do padrão de vida e do bem-estar social, em consequência da maior atenção que o poder público é obrigado a dedicar às reivindicações e aos interesses dessas populações.
2. surgimento de formas populares de organização que tendem a questionar a posição de domínio dos interesses do capital no interior da sociedade. (5)

Essas consequências reforçam a interpretação política da diferenciação social a que está exposto o tecido urbano. Esse mesmo raciocínio explica, por um lado, a disputa, no interior da sociedade, pela distribuição dos recursos públicos e sua aplicação em serviços e equipamentos urbanos capazes de gerar lucro ou bem-estar social. Por outro lado, dá conta da diferenciação na montagem de equipamentos de consumo coletivo em áreas ocupadas pelos diferentes setores sociais.

A lógica da diferenciação está articulada à capacidade que apresentam os vários segmentos e classes sociais de fazer valer, no interior da sociedade, em função de seu peso específico nos instrumentos e mecanismos de poder, o seu ponto de vista político e os seus interesses sociais.

O marco referencial acima esboçado nos permite concluir que a quantidade e qualidade dos meios de consumo coletivo postos à disposição de um determinado grupo social dependerá, por um lado, de sua inserção na divisão social do trabalho e, por outro, de sua capacidade de pressão política. Estes dois aspectos devem, portanto, ser levados em conta quando se procura entender a articulação entre a Medicina Comunitária, enquanto uma forma específica de prática médica, e os grupos sociais a que se destina. Outro fato importante a considerar para o atendimento desta articulação é que a Medicina Comunitária não pode ser vista apenas como forma de prestação de assistência médica; é preciso vê-la como instrumento de intervenção social.

Os grupos sociais a que se dirige a Medicina Comunitária possuem, enquanto força de trabalho, uma baixa qualificação, com índices elevados de desemprego e desocupação, o que torna o custo de

sua reprodução bastante reduzido. Do ponto de vista da racionalidade do capital não haveria, portanto, interesse na realização de grandes investimentos para proporcionar serviços que efetivamente atendam às necessidades desta população. Como, no entanto, ela apresenta uma capacidade de pressão política geradora, pelo menos potencialmente, de conflitos sociais, este será um outro fator a influenciar a disposição dos serviços que lhe são dirigidos.

As práticas médicas simplificadas, exercidas por elementos da própria população teriam, portanto, por um lado a função econômica de diminuir os custos e, por outro, a função político-ideológica de assegurar o controle social. Considerando esta segunda como prioritária, seria interessante estudar as características dos grupos sociais envolvidos, as concepções que suportam as práticas para eles dirigidas e os mecanismos através dos quais estas práticas exercem sua função de controle.

4. A Marginalidade Social

Desde as suas origens, a Medicina Comunitária destina-se a grupos populacionais definidos. Nos anos 60, surgiu nos EUA como resposta às tensões sociais provocadas pelo movimento dos direitos civis e pelos conflitos raciais, voltando-se principalmente para as populações dos "guetos" (Donnangelo, M.C.F.). Transposta para a América Latina, relaciona-se, nas cidades, com as chamadas populações marginais urbanas.

Todos os autores que trataram do problema da marginalidade na América Latina atribuem o interesse despertado por esse fenômeno, ao menos em seus primórdios, aos estudos sobre a urbanização acelerada que se deu a partir do fim da II Guerra Mundial (Castells, M.: 1972/73/76; Faria, V.; Kowarick, L.; Machado da Silva, L.A.: 1971, 1972; Mangin, W.; Pahl, R.E.; Singer, P.). Tais estudos preocuparam-se em analisar o surgimento de áreas pobres e densamente habitadas na periferia dos grandes centros urbanos, ocupadas pelos que integravam a corrente migratória que vinha do campo para a cidade. Machado da Silva (1972) aponta o interesse "geo-ecológico" que apresenta essa fase inicial, denominada por Kowarick de "físico-ecológica", em que interpretações de cunho psicologista ten-

tavam explicar a natureza do homem "marginal" (6) que, na cidade, habitava formações espaciais igualmente marginais (favelas, barriadas, villas misérias, etc.).

Preocupada com a disfuncionalidade de tais agrupamentos em relação ao equilíbrio e funcionalidade que supunha existir em outros setores da sociedade, esta linha interpretativa desdobrou-se, de imediato, em 2 modelos de análise, que apresentavam certas diferenças mas sem pôr em xeque a teoria geral que os continha: o modelo que privilegiava a análise, a partir do conceito de "cultura da pobreza", e o que privilegiava a idéia do "continuum" rural/urbano.

O primeiro, desenvolvido principalmente por Lewis (1961, 1965, 1972), postulava que secões ou segmentos de baixas rendas comporiam um universo cultural próprio, caracterizado por carência a nível do psicológico, do econômico, do social e do político. Esta "cultura" (denominada sub-cultura em outras instâncias dessa mesma corrente) traduziria falta de integração e participação dos indivíduos em certos setores da sociedade mais ampla: organização social mínima, verificada apenas a nível familiar; instabilidade desse mesmo núcleo familiar e sentimento de alienação do indivíduo em relações aos padrões e valores vigentes na sociedade abrangente.

O segundo modelo, que enfatiza a noção do "continuum" rural/urbano, foi desenvolvido principalmente por Redfield e contou com vários seguidores que tentaram caracterizar a ampla gama de "culturas" (sub-culturas) contidas num espectro imaginário, historicamente dado mas não necessariamente dinâmico, que abrangeria desde a sociedade de "folk", "campesina" ou "camponesa", até a sociedade "urbana". (Ver Foster, G.; Wagley C. e Harris, M.). Quanto maior fosse a proximidade ao pólo "tradicional", mais rígidas seriam as formas associativas, institucionais e culturais de um grupo. Por outro lado, quanto mais "integrados" (a nível econômico, político e social) estivessem em segmentos urbanos, menos traços da cultura "folk" e menor incidência das chamadas "patologias sociais" (crime, delinqüência juvenil, instabilidade familiar, prostituição e até doenças mentais) apresentariam. (Ver Merton, R. K. e Parsons, T.). No Brasil e em toda a América Latina, foram inúmeros os chamados "estudos de comunidade" realizados dentro dessa linha, a maior parte deles voltada para o impacto que o "processo de modernização" impunha sobre os grupos mais tradicionais ou menos inte-

grados. (Para uma visão geral dos trabalhos produzidos ver Fernandes, F. e os trabalhos críticos de Ianni, 1971; Kowarick, L. e Machado da Silva, L. A.).

Segundo Kowarick (op. cit., p. 17), estas correntes interpretativas apresentaram algum progresso interpretativo, se comparadas com a abordagem inicial do fenômeno, de caráter físico (ou geo-) ecológico. Na verdade, chegaram a desenvolver e utilizar indicadores sócio-econômicos para a caracterização dos grupos marginais em relação a outros setores da população, tais como nível de renda, grau de educação formal, condições empregatícias, situação conjugal e familiar, tipo de participação em instituições e associações e práticas de lazer. Continuavam, entretanto, preocupadas com aspectos descritivos e classificatórios do fenômeno, caindo no engodo de subdividir a sociedade em dezenas de microcosmos sociais, unidades fechadas que se explicavam em si mesmas e que apresentavam a incrível tendência de se encaminharem para a perfeição e o equilíbrio de um modelo situado adiante e acima delas, produto de uma suposta vocação que a humanidade teria para a ordem.

Por volta de 1960, essa abordagem psico-sócio-cultural da marginalidade começou a ser superada por outra, de cunho mais economicista, mais preocupada com os aspectos estruturais do fenômeno, conhecida como "modelo dual de análise". Machado da Silva (1972) denomina-o de "modelo da organização técnica da produção". Já Kowarick (op. cit.) deriva-o de uma concepção "espontaneísta" da teoria da modernização. (Ver também Cepal; Frank, A. G.; Furtado, C.; Germani, G.; Lambert, J.: 1959, 1967; Pereira L.: 1969, 1970; Rangel, I., que exemplificam bem a produção no interior desse marco teórico). Assim como o modelo anterior, o modelo dual aceitava a existência de duas ordens sociais, antitéticas, que se definiam a partir de dois pólos econômicos; o "industrial moderno" e o "tradicional". O "dualismo" tentava dar conta de processos macro-estruturais, como o desenvolvimento e o subdesenvolvimento, analisando-os a partir de uma ótica que opunha setores arcaicos da produção (ramo artesanal, terciário em geral, serviços) a setores inovados (produção industrial, serviços básicos). Preocupava-se também com o impacto que a inovação em certos setores produtivos, com necessidades próprias de organização racional e localizadas em certas áreas dos países, causava sobre outros setores, outras for-

mas de organização e outras regiões situadas fora do pólo que estava passando pela transformação. (7)

A produção sociológica ligada a esse modelo procurava estudar as oposições entre o mundo rural / mundo urbano, setor agrícola / setor industrial, economia de subsistência / economia de mercado, sociedades fechadas / sociedades abertas, pólo estagnado / pólo dinâmico, sociedade tradicional / setor de massas, formas feudais de produção / formas capitalistas de produção. No primeiro tipo de sociedade, a tradicional, predominariam formas institucionais arcaicas, tais como o compadrio e o clientelismo político; as relações seriam baseadas no núcleo familiar, o "status" seria atribuído e as formas de pensamento seriam aquelas ditas "não racionais". Já no pólo moderno, as instituições teriam um caráter funcional, o "status" seria adquirido, as relações seriam de caráter secundário e as pessoas estariam abertas para a mundança e o progresso. O problema da marginalidade, portanto, embora visto em função de um processo global - o desenvolvimento - era escamoteado e desviado, no decorrer das análises, para soluções racionalizadoras no plano do econômico: novas lideranças empresariais, lateração na organização da produção agrícola, substituição das importações, criação de pólos alternativos de desenvolvimento regional. Embora tivesse conseguido dar um salto qualitativo, ao levar em conta as razões estruturais, e até históricas, dos processos de crescimento industrial, urbanização, migração, transferência e capacitação de mão-de-obra, este modelo não conseguiu, a nível teórico, fugir das falácias contidas no modelo anterior, entre elas a de "disfuncionalidade". (Ver Castells, N.: 1973 e o trabalho crítico realizado por Oliveira, F.).

A partir da crítica desses modelos, encarados como vertentes interpretativas da teoria funcionalista, o problema da marginalidade começou a ser tratado dentro de um marco teórico mais abrangente, de caráter histórico-estrutural, que levava em conta a concentração diferencial da renda e a participação desigual dos diversos agentes diretos do trabalho na produção. Os autores que trabalharam nesse marco teórico partem do princípio de que o capitalismo que se desenvolveu em países como os da América Latina (do tipo dependente) provocou, em última instância, a existência das chamadas "sociedades de dois", fenômeno que não tem paralelo em paí-

ses cuja formação econômica (do tipo central) deu-se de maneira diferente. Como apontou Oliveira em sua crítica ao dualismo, a composição do dito setor é altamente funcional para o tipo de capitalismo que se dá nos países dependentes, permitindo a reprodução da força de trabalho a baixo custo e contribuindo para elevar a taxa de acumulação do capital. (Ver Castells, M.; op. cit.; Cardoso, F. H.; Cardoso F. H. e Faletto, E.; Nun, J.; Quijano, O. A.; Santos, T.; Singer, P.: 1970, 1973a, 1973b).

Este modelo recebeu o nome de Teoria da Dependência. Sua principal característica é desenvolver a análise a partir do modo de produção capitalista e a forma pela qual seu processo de implantação se deu na América Latina, particularmente, em oposição ao desenvolvimento ocorrido nos países de capitalismo avançado. Procura atender a formação de classes sociais a partir deste marco inicial. Segundo essa teoria, o modo de produção capitalista apresentou duas fases no processo histórico latino-americano: a competitiva e a monopolista. A primeira fase refere-se à formação de um polo industrial urbano, ainda não hegemônico, que ainda convive com formas produtivas mais tradicionais, o que dá a impressão de tempos históricos distintos. Na segunda fase, o setor industrial já se apresenta como hegemônico, com formas mais avançadas de organização da produção, visando uma acumulação maior e, portanto, mais racionalizada, pondo em colapso o setor dependente.

O fenômeno da marginalidade, para essa teoria, aparece diretamente ligado ao modo pelo qual esta forma particular do modo de produção capitalista utiliza a força de trabalho, que, por sua vez, tende a ser compatível com uma concentração cada vez maior do capital. Os autores que estudaram a fundo a questão concordam que a marginalidade só pode ser equacionada a partir desse referente macroestrutural que é o fenômeno da acumulação capitalista, embora sejam variados os conceitos que utilizam: Nun fala em "massa marginal", Quijano em "mão-de-obra marginalizada" e Murmis em "superexploração". Oliveira chega a redimensionar toda a questão, ampliando o conceito de "exército industrial de reserva" com a inclusão nele de setores considerados marginais. Kowarick oferece um bom quadro de como a teoria da dependência vê a formação do universo marginal:

"... a evolução do capitalismo latino-americano, quando comparada à história criada pelos países desenvolvidos, parece ser marcada por fenômenos distintos no que tange à marginalidade. De um lado, a absorção de mão-de-obra em atividades caracteristicamente capitalistas é quantitativamente diminuta. Em outros termos, o capitalismo da região desenvolve-se transformando pequena parcela de força de trabalho em trabalhadores assalariados; ao se desenvolver, libera parte da mão-de-obra vinculada às relações de produção "tradicionais", que não consegue se transformar em assalariada. Mas esta "liberação" não é aleatória. Ela é criada com a intensificação do processo industrial, dando origem a vastas parcelas de mão-de-obra que passam a operar sob "novas" relações de produção "arcaicas", presentes em boa parte das atividades integrantes do setor terciário da economia: de modo especial, as ocupações autônomas do comércio de mercadorias, os pequenos serviços de reparação e manutenção e os empregos domésticos remunerados, além dos desempregados, e as várias formas de subempregados e trabalhadores ocasionais ou intermitentes que caracterizam o cenário urbano de trabalho das sociedades latino-americanas. Por outro lado, ao se desenvolver, o capitalismo não chega a desarticular as formas tradicionais de produção, cujos exemplos típicos são as economias de subsistência do setor agrícola, o artesanato tanto rural como urbano, a indústria a domicílio que, em alguns países da região, continua a persistir. E o mais importante é que tanto a manutenção destas formas "tradicionais", como a criação de "novas" são parte integrante de um modo de produção que, não obstante ser em sua dinâmica essencial de corte nitidamente capitalista, no processo de sua acumulação as articula e delas se alimenta. Em outros termos, não se trata de duas estruturas, uma "moderna" e outra "tradicional", "arcaica" ou "marginal". Trata-se de uma única lógica estrutural, de tipo capitalista, a qual ao mesmo tempo gera e mantém formas de inserção na divisão social do trabalho não tipicamente capitalista que longe de serem um peso morto constituem partes integrantes do processo de acumulação". (p. 61)

5. A Participação Comunitária

Os modelos "psico-sócio-cultural" e "dual" de interpretação da marginalidade, ambos relacionados com a teoria funcionalista, propõem a "resolução" da questão da marginalidade através de ações sobre os grupos marginais, mantendo-se intacta a estrutura social. Suportam, desta forma, as políticas através das quais as ações comunitárias exercem sua função de controle social.

Os programas de ação comunitária - dos quais, historicamente, a Medicina Comunitária é um aspecto particular - não se limitam a reproduzir as tradicionais características assistencialistas ou paternalistas dos programas de "ajuda aos pobres". Através da participação, pretendem despertar os grupos populacionais a que se dirigem para que assumam nova postura diante de sua condição, o que lhes permitiria, através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos, adotar um padrão considerado normal de integração na estrutura social. Para esta concepção funcionalista da sociedade há uma homogeneidade entre o social, o econômico e o político, instâncias que passam a constituir variáveis interdependentes sem uma hierarquia de determinações (vide a noção de círculo vicioso da pobreza desenvolvida por Nurkse e Myrdal para explicar o subdesenvolvimento). A escalada rumo à integração pode então se iniciar indiferentemente a partir dos programas de melhoria das habitações, das condições do meio-ambiente, de programas de educação de base (alfabetização de adultos, educação sanitária), de animação social (clubes de mães, clubes de jovens, atividades esportivas), incentivos às cooperativas (principalmente no meio rural) e associações (sociedades de amigos de bairro). (3).

Pretender resolver os problemas de determinada comunidade unicamente através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos traduz a concepção de que os problemas são locais não em sua expressão como em sua origem. Pretende-se, desta forma, negar as relações entre os problemas locais e gerais, ou seja, esvaziar a dimensão estrutural dos problemas locais. A participação é limitada e restrita: não se abrem canais que permitam uma verdadeira participação ao nível das grandes decisões de caráter nacional, o que, na realidade, configura um processo claro de manipulação.

O enfoque histórico-estrutural da marginalidade não oferece suporte às práticas acima descritas. Entende que o "problema da marginalidade" não decorre de características particulares dos próprios grupos marginais e sim da estrutura social que os gera e explicita as relações descontínuas e contraditórias entre o que é considerado padrão normal de integração e condição "marginal". As práticas que lhe correspondem não podem, portanto, se limitar a pretender introduzir reformulações unicamente ao nível das características psico-culturais dos próprios grupos marginais. Elas impli-

cam, necessariamente, a busca de formas de expressão destes setores, para que no confronto de interesses com outros grupos sociais venham a influir no processo contínuo de mudança a que está sujeita a estrutura social.

Cumpra, finalmente, analisar de que forma a participação ao nível das ações médico-sanitárias viabiliza esta proposta. É necessário que a participação da comunidade em saúde se desenvolva nos marcos de uma efetiva participação em todos os setores de sua vida enquanto coletividade. Essa prática supera os marcos restritos de uma participação exclusivista e setorial, entendendo-se que as condições sanitárias relacionam-se com as condições gerais de vida a que essas comunidades estão expostas; que a questão da assistência médico-sanitária é apenas um dos muitos equipamentos sociais a que devem ter acesso; que a questão de saúde, considerada isoladamente, decorre mais da falta desses equipamentos do que de formas específicas de organização dos conhecimentos deste setor; e, finalmente, que a participação não se relaciona exclusivamente com as questões de saúde, mas com o conjunto de necessidades de consumo coletivo. Trata-se, portanto, não apenas de participar do equacionamento dos problemas sanitários, mas de ter direito a voz e ação na resolução da totalidade dos problemas que afligem a coletividade.

Ao invés de ser um fim em si mesmo, o planejamento conjunto de ações de saúde constituiria um instrumento para estimular a criação ou a dinamização de organizações representativas das populações que dele participam, visando promover a sua integração junto a outros setores das camadas populares na busca de canais de expressão que lhes permitam influir na definição de políticas voltadas para as suas reais necessidades. Os limites desta influência estarão necessariamente condicionados por um contexto político geral que permita o livre confronto de interesses entre os vários grupos sociais.

VII. A QUESTÃO AGRÁRIA E A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NO CAMPO.

III. A QUESTÃO AGRÁRIA E A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NO CAMPO

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Considerações sobre a Questão Agrária
3. A Questão Agrária e os Programas de Extensão da Cobertura dos
Serviços de Saúde
4. Conclusões

III. A QUESTÃO AGRÁRIA E A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAMPO

1. Introdução

Este trabalho tem por objetivo analisar os programas de extensão da cobertura de serviços de saúde na zona rural. Tais programas baseiam-se, em geral, nos modelos de Medicina Comunitária desenvolvidos principalmente a partir dos anos 60 nos Estados Unidos para o atendimento das minorias residentes nos "guetos". Embora de proporções muito maiores, dadas as dimensões da população a que se dirigem, os referidos programas retêm algumas das características básicas da prática médica proposta por aqueles modelos, tais como a ênfase no cuidado primário, a regionalização dos serviços, a delegação de funções a pessoal auxiliar e a participação comunitária.

Os programas de extensão de cobertura (PEC) são assumidos no Brasil por algumas agências estatais em função da política de interiorização da medicina. Entendemos que estes programas respondem a necessidades decorrentes da estrutura social, o que torna prioritária a análise dessa estrutura social.

A primeira parte do trabalho, dedicada à caracterização social do campo brasileiro e à caracterização do papel do Estado no campo, visa explicitar o sentido e a dinâmica do campo no contexto nacional. A segunda parte do trabalho refere-se ao estudo específico da articulação dos PECs com a estrutura agrária e, concretamente, com o projeto do Estado. Assume-se que os PECs encerram, no discurso e na prática, mecanismos de funcionamento que se inscrevem nos objetivos reguladores do Estado na sua fase atual.

Uma vez feita a identificação da racionalidade dos programas, procura-se situar esse projeto social, partindo da ótica dos grupos subalternos, como uma possibilidade de reversão de seus objetivos e de canalização dos anseios reais da população. Assume-se, portanto, que esse projeto, longe de estar fechado para uma alternativa de transformação real, abre um espaço cujo preenchimento depende de um processo mais abrangente de resolução da problemática social engendrada por nossa sociedade.

2. Considerações sobre a Questão Agrária

A questão agrária no Brasil será analisada do ponto de vista das relações sociais predominantes na zona rural e de sua inserção no contexto nacional, levando, especificamente em conta o papel do Estado nas regiões agrárias.

a) As relações sociais no campo brasileiro.

A primeira afirmação que pode ser feita é a de que o sentido e a dinâmica do processo evolutivo da economia agrária se encontram na apuração da relação de emprego, ou seja, na complementação da transição do trabalho escravo para o trabalho livre (Prado, Caio: 1963).

Neste sentido, a economia agrária acompanharia a passagem histórica de um modo de produção escravista com bases mercantis (próprio da colônia) para um modo de produção capitalista, após a superação do sistema agrário-exportador. Essa passagem definiria, no interior da estrutura agrária, relações de trabalho assalariadas próprias ao capitalismo, sistema que consagra o divórcio entre o produtor e os meios de produção.

A simples explicitação desta tendência, no entanto, mostra-se pouco válida para explicar a especificidade das relações agrárias. Uma análise da transformação que, indubitavelmente, se operou no campo permite concluir que não houve uma transferência direta do trabalho escravo para o trabalho livre (ou assalariado capitalista), o que equivale a dizer que a agricultura brasileira não se incorpora plenamente no modo de produção capitalista após a dissolução do escravismo. A rigor, a agricultura, antes de se incorporar nas relações capitalistas, desenvolve formas de transição pouco assimiláveis a um modo de produção específico (escravista ou feudal) e que se subordinam às tendências capitalistas predominantes.

O que caracteriza estas formas de transição é fazerem parte de um sistema de prestações de trabalho baseadas na categoria renda, qual seja o pagamento em trabalho, em espécie ou em dinheiro. As formas de transição estão representadas pelas distintas relações de trabalho que predominam historicamente no campo, como,

por exemplo, a parceria e o arrendamento não capitalista. Estas relações constituem relações pré-capitalistas (9).

O traço distintivo em relação ao capitalismo agrário é que essas formas de transição não consagram, em sua plenitude, o divórcio entre produtor e meios de produção, dando margem a uma economia de pequenos proprietários e parceiros, imersa na grande unidade econômica ou grande propriedade que vive na renda. Os agregados ou arrendadores mantêm ainda relações semi-servis com o proprietário, o que explica a permanência da "sujeição pessoal" como um traço importante por oposição ao capitalismo puro e suas relações jurídicas igualitárias.

Aprofundando-se a análise dessas formas de transição, observa-se que a pequena propriedade, longe de desaparecer, é estimulada e destruído historicamente pela grande propriedade, em um movimento que se renova continuamente, e que este binômio latifúndio-minifúndio constitui um obstáculo à plena incorporação do campo nas relações capitalistas. Observa-se ainda que em alguns momentos de expansão da economia agrária, como no caso da pecuária (na fase inicial), a expansão se faz às custas de relações pré-capitalistas, com a instituição da "quarteação" e da "sorte".

Mais recentemente, têm sido feitos esforços sistemáticos no sentido de integrar plenamente o campo no modo de produção capitalista. O processo de modernização que se processa em algumas regiões agrícolas sem dúvida influi na modificação das relações sociais no campo. Este processo, baseado na utilização do fator capital via expansão da área produtiva, tem como resultado a dissoluçã da economia de subsistência, a expulsão dos agregados e a liberação de mão-de-obra (Andrade, M.C.: 1973). A modernização provoca também uma diferenciação no âmbito da pequena propriedade, dando lugar ao aparecimento de camponeses "Kulaks", ou camponeses ricos, e de camponeses assalariados (Braz, A. J.: 1977).

Este processo acontece com avanços e recuos e mostra, em alguns casos, uma clara degenerescência para formas atrasadas. Não obstante estas limitações, a modernização do campo possibilita a implantação da empresa capitalista em algumas áreas da produção, como a pecuária extensiva e a área extrativista, e, em decorrência disso, a implantação de um mercado assalariado.

A modernização não se dá de forma homogênea no campo brasileiro. Em algumas regiões, como na região Sul, a modernização acontece mais cedo, assumindo formas mais liberais, a partir da transformação do colono em trabalhador assalariado. Em outras regiões, como no Nordeste, a modernização é produto de um esforço sistemático do Estado, que sofre fortes resistências.

O campo brasileiro está, portanto, sujeito a uma dinâmica paradoxal, caracterizada pela reiteração das relações pré-capitalistas e pelo avanço da Empresa Capitalista. Na realidade, o campo apresenta grande heterogeneidade de situações, com zonas de expansão capitalista e zonas atrasadas. A situação torna-se ainda mais complexa, uma vez que em algumas áreas de expansão capitalista as relações pré-capitalistas renascem, indicando a importância dos pequenos agricultores para a grande empresa. (10)

Esta dualidade agrária tem inspirado concepções funcionalistas que identificam na agricultura um setor "atrasado" e um setor "moderno", considerando o primeiro como um entrave ao desenvolvimento capitalista.

Na realidade, o grande equívoco dessas concepções está em que não compreendem o fato de que são justamente as formas "arcaicas" que permitem à agricultura: a) fornecer mão-de-obra abundante para o setor industrial, possibilitando a constituição de um exército industrial de reserva; b) fornecer alimentos para os centros urbanos a baixo preço, de forma a não elevar o custo de alimentação e o custo das matérias-primas. Com isso, é possível uma maior exploração da força de trabalho e, portanto, uma acumulação mais rápida no setor industrial (Oliveira, F.: 1975).

Parece ser unânime a opinião de que as relações atrasadas do campo estão subordinadas ao processo de acumulação capitalista, gerando sempre um excedente apropriado, em outros lugares, pelo proprietário de terras, pelos intermediários e pelo capital industrial. Isto significa dizer que as relações pré-capitalistas e as relações capitalistas apresentam uma complementariedade.

Esta aparente funcionalidade poderia, a princípio, sugerir ausência de contradições, o que é falso: a subordinação ao capital, das relações não capitalistas "determina contradições específicas, jamais uma solução para as contradições do capitalismo". (Silva: 1977)

De fato, a aparente funcionalidade repousa na miséria de enormes contingentes de camponeses, dedicados a seus trabalhos de subsistência, obrigados a prolongar a sua jornada de trabalho para pagar a renda pela propriedade ou posse de um pedaço de terra.

As contradições materiais entre as relações não capitalistas e o capital adquirem a forma de contradições sociais referidas ao espectro de grupos sociais envolvidos no processo de apropriação do excedente agrícola. Parece-nos que a contradição mais importante está representada pela existência desse enorme grupo de camponeses pobres, cujo excedente vai parar nas mãos do latifundiário, do capital comercial (intermediários e cooperativas) e do capital urbano industrial. Esta contradição extravasa, portanto, o limite das relações intra-agrárias e assume a forma de relações contraditórias entre a cidade e o campo. A dualidade cidade moderna-campo atrasado esconde a dominação dos grupos camponeses pelas formas mais avançadas do capital. O campo apresenta, em termos políticos, um "monstruoso bloco social" (11), fundado no binômio latifúndio-minifúndio, em que o latifundiário ou grande proprietário rural constitui um agente social de que se utiliza o capital industrial para impor a sua hegemonia sobre os grupos camponeses.

Ora, a dinâmica contraditória desse bloco social, especificamente do "bloco agrário", fundamenta uma possibilidade contínua de ruptura. A análise desse bloco se torna imprescindível para explicar a evolução da questão agrária. A análise das expressões do conflito social nos retira do âmbito específico da agricultura e nos permite situar a questão agrária como uma questão nacional.

b) A modernização do campo e o papel do Estado.

Desde a Lei do Ventre Livre (1871) até o Estatuto do Trabalhador Rural (1963), ou seja, desde a abolição da escravatura até a regulamentação do trabalho assalariado rural, o Estado brasileiro intervém nas relações agrárias.

A intervenção do Estado sofreu modificações históricas.

Tradicionalmente, a ação do Estado na zona rural se expressa de maneira esporádica (muitas vezes em função de fenômenos

climáticos como as secas) e na dependência das oligarquias rurais. Esta intervenção, viabilizada por organismos como o DNOCS e o IAA, leva à reiteração de formas pré-capitalistas de produção (Oliveira: 1977). A ação estatal espelha o caráter ainda privado da ordem agrária, com a predominância das formas tradicionais de dominação (12).

Diferentemente do que acontece no campo, no pólo urbano, o Estado intervém diretamente no processo de acumulação de capital. Ao longo deste processo, que resulta na hegemonia do capital industrial, as oligarquias rurais são mantidas praticamente intocadas, na medida em que oferecem apoio a esse projeto maior. Tanto assim que muitas famílias tradicionais se transformam, no decorrer desse processo, em poderosos empresários capitalistas, o que configura uma característica importante do desenvolvimento capitalista no país.

A ordem agrária se modifica a partir do momento em que as contradições do modelo de acumulação encontram expressão social. A criação de um mercado assalariado urbano determina o aparecimento de movimentos trabalhistas, cujas reivindicações ameaçam a manutenção de um nível de apropriação adequado à reprodução do sistema. Indo além dessa contradição fundamental, não se pode desprezar a importância que as contradições materiais entre o capital e as relações pré-capitalistas da agricultura (vistas do ângulo das limitações ao desenvolvimento das formas produtivas) assumem no quadro nacional. Estas contradições materiais adquirem significado concreto quando a extrema pobreza dos grupos camponeses gera movimentos rurais em que a cidade e o campo se colocam como pólos.

Historicamente, o campo foi o palco de movimentos camponeses como o "messianismo", o "cangaço" e, finalmente, as Ligas Camponesas, que ameaçaram desfazer o "bloco agrário", tornando-se uma questão nacional (13).

O acirramento dessas contradições (na zona urbana e rural), produto do próprio desenvolvimento capitalista, determina que o Estado, face a uma situação de pré-ruptura (14), se modifique substancialmente e reformule seus esquemas de dominação.

Para F. H. Cardoso (1975) "a ordem civil e a ordem política se reorganizaram e entrelaçaram a partir de um arranjo, pelo qual os antigos instrumentos de existência política (partidos, su-

frágio, representação, organização federativa) das classes dominantes cederal o passo a formas novas... a região administrativa, as organizações regionais (SUDENE, SUDAM, vales e bacias várias, etc.) para dar um exemplo - constituem a forma político-administrativa do estado atual. Neles, setores dos grupos dominantes (de ordem econômica e social) que se moveram mais dinamicamente já estão representados ou cooptados. Não se trata do Estado absoluto destruindo os barões, mas de uma reorganização e redistribuição de poder através do entrosamento dos "anéis burocráticos" que fundem interesses privados e públicos".

O campo não escapa à reorganização do poder. No fundamental, essa reorganização implica a presença direta e permanente do Estado na zona rural e uma articulação entre o poder local e o Estado distinta das anteriores. A distinção está dada pelo novo caráter do Estado que, em função do próprio desenvolvimento social, assume o caráter de um Estado de desenvolvimento monopolista, cuja intervenção no agro passa a ter uma conotação diferente.

Esta intervenção tem as características de um movimento de homogeneização do espaço econômico, promovido pela burguesia industrial e financeira de posse desse Estado. O planejamento regional fundamenta um movimento de expansão do capitalismo monopolista na região Centro-Sul sobre os espaços atrasados (Oliveira: 1977). Este projeto fará com que a "região" desapareça, à medida que o capital industrial e financeiro adquirirem predominância sobre as formas atrasadas.

As políticas de planejamento implementadas por diversas agências estatais que se instalam nos espaços "atrasados" correspondem à reorganização do poder que se expressa em escala nacional. No que diz respeito ao campo, o processo de modernização assume a forma de imposição da hegemonia da burguesia industrial e financeira sobre as oligarquias rurais e os grupos camponeses. A Empresa Capitalista decorrente da modernização agrária se funde com a Empresa Pública - agência estatal - para constituir um "intelectual coletivo" (15) que garanta a manutenção do bloco agrário e a hegemonia do capital avançado.

A importância das agências estatais - como, por exemplo, a SUDENE, a SUDAM, a EMATER - que promovem a modernização agrícola

pode ser vista, portanto, de uma dupla e inseparável perspectiva: 1) a expansão estruturada do capital por toda a economia, seguindo uma tendência monopolística (manutenção da taxa de lucro); 2) a reorganização do poder em escala nacional, com a definição de novas alianças (ou recriação das velhas) e o surgimento de instrumentos burocráticos de existência política.

Ora, o processo de modernização do campo implementado pelas agências estatais não se circunscreve ao terreno econômico. Lado a lado com as agências econômicas, encontram-se agências cuja atuação está dirigida para o terreno social. Em alguns casos, a mesma agência concentra as funções relativas ao desenvolvimento econômico e ao desenvolvimento social. É o caso da EMATER, para citar um exemplo. As políticas de desenvolvimento social estão orientadas para a criação de uma sociedade civil agrária, representada por cooperativas, organizações de pequenos proprietários, grupos escolares (MOBRAL, por exemplo), clubes de mães, de jovens e adultos, grupos de saúde, etc.

Estas organizações civis, impostas "de cima para baixo", representam outros "anéis" através dos quais se processa a reorganização do poder. Eis porque a entrada da Empresa Capitalista e da Empresa Pública nas regiões agrárias se acompanha de um esforço vertical de legitimação.

A concepção do "desenvolvimento integrado" que permeia a modernização agrícola resume as características de um processo em que diferentes instâncias sociais, como a economia, a saúde e a educação, são mobilizadas em função da expansão capitalista, no sentido da criação de uma superestrutura orgânica com as formas avançadas do capital.

Em síntese, pode-se afirmar que o impacto da modernização tem sido limitado no que se refere ao aspecto econômico, isto é, ao desenvolvimento de relações capitalistas no agro (avaliado pela importância do trabalho assalariado), que, em contrapartida, manifesta a sua importância na geração de mecanismos de poder que fazem da questão agrária uma questão nacional, na medida em que passa a participar no ideológico do movimento de expansão do capital.

Assim, instala-se sobre o arcaísmo de relações que fundamentam a sujeição pessoal um movimento de redefinição do estatuto

pessoal do homem do campo (17), que, lentamente, avança no terreno da economia e se desenvolve, do ponto de vista dos grupos no poder, como um projeto mais abrangente de articulação social.

3. A Questão Agrária e os Programas de Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde

Em síntese, o processo de "modernização do campo" é acompanhado por profundas reformulações no nível das relações de trabalho, impondo-se como tendência geral a transformação do trabalhador do campo em trabalhador livre (18). Essa tendência geral, como vimos, articula-se complementar e contraditoriamente com relações pré-capitalistas, constantemente destruídas e recriadas pelo mesmo processo.

As transformações das relações de trabalho, conseqüentemente da infraestrutura produtiva, são acompanhadas por modificações correspondentes ao nível da superestrutura jurídica, ideológica e política. Trata-se, portanto, da configuração de um novo "bloco histórico" no campo, conceito este definido por Gramsci: "A infraestrutura e a superestrutura formam um 'bloco histórico', ou seja, o conjunto complexo, contraditório e discordante da superestrutura é o reflexo do conjunto de relações sociais de produção".

Com o rompimento das bases materiais nas quais se assentam as relações de sujeição pessoal, ou seja, as relações de produção não-capitalistas, estabelece-se a igualdade jurídica entre as partes para a definição dos contratos de trabalho. Os interesses antagônicos entre as classes fundamentais, compostas pelos proprietários da terra e aqueles que nela trabalham, tendem a não mais se resolver simplesmente através de medidas de força adotadas pelos primeiros. A coerção tende a ser substituída pela hegemonia, entendida como o domínio ideológico e político das classes no poder sobre as demais classes sociais. Pelo exercício da hegemonia, as classes no poder assumem a condição de dirigente intelectual e moral da sociedade, obtendo o consenso coletivo em torno da idéia de que seus objetivos e valores são universais e, portanto, coincidem com os da sociedade como um todo. Esta função dirigente se processa através de instituições privadas ou estatais, cujas ações e ini

ciativas estão constantemente referidas ao exercício da hegemonia. Parece-nos que é sob esta ótica que devem ser estudados os programas de desenvolvimento integrado propostos pelas agências estatais, que se constituem, como vimos, em pontas de lança para a "modernização do campo", ou seja, para a penetração de relações capitalistas avançadas na zona rural. Cumpre-nos analisar mais especificamente as "políticas sociais" incorporadas a estes programas e o papel que desempenham no controle dos antagonismos sociais através da busca do consenso. Trata-se, particularmente, de entender como a saúde ou a extensão da cobertura dos serviços de saúde se articulam com estes programas para a obtenção de tais objetivos.

Admitindo-se que a prática médica é, fundamentalmente, uma prática social, cujos objetivos estão dados nas relações que estabelece com a estrutura social na qual se integra, será necessário, em um primeiro momento, indicar, em linhas muito gerais, as relações da medicina com a estrutura social no interior do modo de produção capitalista. Segundo Donnangelo: "a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais".

A articulação da medicina com a estrutura econômica, baseada na necessidade de manter e recuperar a força-de-trabalho, reveste-se, em nosso caso particular, de um caráter secundário, uma vez que a abundância da força-de-trabalho no campo e a sua baixa qualificação determinam um custo de reprodução reduzido, o que não justifica, ao nível puramente econômico, investimentos em assistência médica. A extensão da cobertura dos serviços de saúde à zona rural estará, portanto, muito mais vinculada à criação de condições superestruturais (ideológicas e políticas) que visem o controle dos conflitos sociais. A medicina contribui para esse exercício da hegemonia político-ideológica, participando das políticas referentes ao aumento do consumo de bens e serviços. "Estas políticas sociais destinadas a proporcionar consumos específicos tais como educação, saúde e habitação, encontram na atual fase do capitalismo o Estado como seu agente privilegiado... Tais políticas não correspondem a

qualquer alteração significativa nas relações de produção e sendo assumidas pelo Estado seus custos são socializados" (Donnangelo, 1977). Ao procurar deslocar para a esfera do consumo e atenuar, em sua diversidade, os antagonismos que, na realidade, são produto das relações de produção, o Estado responde a interesses imediatos das classes dominadas e se reveste do caráter de entidade representativa dos interesses coletivos, condição fundamental para o estabelecimento do consenso sobre o qual se exerce a hegemonia político-ideológica.

O "direito à saúde", adquirido pelos trabalhadores do campo que antes estavam à mercê dos potentados locais, proporcionado pelas agências estatais através dos Programas de Extensão da Cobertura de Serviços de saúde, freqüentemente articulados aos Programas de Desenvolvimento Integrado, impõe uma reorganização da prática médica predominante. Esta tem se desenvolvido no sentido de incorporar uma tecnologia cada vez mais sofisticada e custosa, atendendo à realização da mais-valia produzida em diferentes setores industriais. A extensão da cobertura a amplas camadas da população implica a busca de alternativas racionalizadoras da prática médica visando diminuir os custos. Este fato, associado ao caráter predominantemente público dos serviços, com a conseqüente ausência dos interesses lucrativos das clínicas e empresas médicas privadas, abre um campo propício à implementação de propostas tais como a regionalização e integração dos serviços de saúde, a ênfase no cuidado primário e no aproveitamento de pessoal auxiliar, a participação da população nas ações de saúde.

É o último aspecto, o da participação, que nos interessa, agora, prioritariamente, analisar. A participação proposta não se limita, em geral, às ações de saúde; ela engloba outros setores direta ou indiretamente relacionados com a saúde, com freqüência articulados a uma perspectiva de desenvolvimento comunitário. Nosso interesse em focar, prioritariamente, este aspecto se justifica, em parte, por permitir a continuidade de nossa análise dos mecanismos de dominação ideológica ligados aos programas de extensão. Em parte também, e, principalmente, pelo fato de que, por estarmos comprometidos com a melhoria das condições de vida do trabalhador do campo, vemos na proposta de participação uma oportunidade para a busca de uma efetiva participação desses trabalhadores na vida so-

cial e política da nação. Embora concebida como instrumento de controle social, a participação proposta pelo Programa de Extensão não está determinada, a priori, enquanto tal. Sua efetivação se dá através de um processo contraditório de enfrentamentos, que sempre permitirá a emergência de ideologias e projetos políticos antagônicos, o que implica a possibilidade de transformação de seu caráter. Dentro desta perspectiva, visando a definição de propostas alternativas, cumpre analisar inicialmente os mecanismos através dos quais a participação exerce, ou pretende exercer, sua função de controle social.

Tenta-se alcançar o objetivo de manipulação ideológica através da criação de uma ilusão de participação, convocando-se a população para executar determinadas ações concretas. Sua influência no planejamento destas ações é, em geral, mínima ou mesmo impedida, sob o pretexto de que se trata de uma questão técnica para a qual a população não está preparada. Busca-se a resolução de problemas locais com melhor aproveitamento dos recursos locais, esvaziando-se, desta forma, a dimensão estrutural destes problemas, uma vez que são identificados como de natureza local não somente em sua expressão como em sua origem. "Enquanto o governo central resolve os problemas gerais as comunidades podem resolver os problemas locais, sobre a base de seus próprios recursos" (Savloff). Não é dada à população a possibilidade de uma verdadeira participação, o que implicaria poder influir em todos os níveis de decisão política.

As propostas de participação comunitária fundamentam-se, em geral, na concepção de que a pequena comunidade rural é um todo homogêneo que deve ser promovido em seu conjunto através dos líderes "naturais". A diversidade de interesses entre as pessoas ou grupos que a compõem, em nenhum momento considerada essencial, é atribuída prioritariamente a distintas características individuais ou psico-culturais, passíveis de serem superadas através das ações comunitárias. Relega-se, portanto, a um plano secundário a verdadeira origem dessa diversidade de interesses e aspirações entre os vários grupos sociais, a qual, na realidade, decorre do tipo de relação que eles estabelecem entre si no processo produtivo. Da mesma forma, o apoio às lideranças "naturais" baseia-se na concepção de que a condição de liderança depende, única e exclusivamente, de

qualidades pessoais, tais como inteligência e habilidade, omitindo-se os fatores que realmente a determinam, como a propriedade da terra, dos meios de produção e do conhecimento. A participação fundamentada nestes princípios frequentemente fracassa em seus intentos mobilizadores, conseguindo, em geral, apenas manter a participação daqueles que já vinham participando (Uribe). Sem possibilidade de gerar suas organizações e lideranças autênticas para, através delas, exprimir seus reais interesses, os trabalhadores e demais setores populares acabam se afastando, frustrando, assim, as expectativas dos promotores de tais propostas.

4. Conclusões

Nas páginas precedentes, foram discutidos alguns aspectos da questão agrária e da saúde comunitária. Afirmou-se que a saúde comunitária, como instrumento ideológico, liga-se à tentativa das classes hegemônicas de construir uma superestrutura adequada às condições de capitalização do campo. A saúde coloca-se como mais uma área através da qual o capital firma a sua hegemonia sobre os camponeses, esta hegemonia extrapola o setor agrário, à proporção que o capital financeiro do pólo urbano-industrial toma o controle do Estado e da economia. Conseqüentemente, a questão agrária e a saúde comunitária se desenvolvem sob o prisma do nacional.

A participação comunitária se define como uma forma de representação dos grupos subalternos em um sistema de saúde que tem uma conotação social por essência e que está condicionado aos interesses prevalentes em uma dada sociedade.

Vimos que a participação define como objeto comunidades presentemente homogêneas, com diferenças apenas ao nível do consumo. A participação em saúde é colocada como alternativa à organização da população em torno das questões do trabalho e da produção, fonte principal de consciência social e de expressão histórica. Além disso, o aspecto local é enfatizado, de forma a dissociar a problemática local das questões nacionais.

Estas considerações críticas permitem a compreensão das características que deve assumir um trabalho comunitário transfor-

mador. Em primeiro lugar, a compreensão de que esse trabalho deve ser capaz de gerar e estimular formas organizativas que permitam às camadas populares expressar os seus interesses. Esse trabalho deve obedecer a um movimento que descubra o local no nacional e que descubra as contradições específicas de cada um dos dois níveis a partir da estrutura social.

A expansão do capitalismo no campo propicia o desenvolvimento de organizações populares mais diretamente ligadas à produção e à melhoria de suas condições de trabalho, tais como os sindicatos rurais. Contraditoriamente, esta situação gera também um movimento de esvaziamento dessas organizações, quer pelas tentativas de tutela por parte de um Estado intervencionista, quer pela oposição histórica das oligarquias rurais. O destino e a legitimidade dessas organizações dependerá da capacidade de resistência dos grupos subalternos.

Variados são os interesses dos trabalhadores rurais, quando se considera a heterogeneidade que reina no campo. Estes interesses se refletem em necessidades e reivindicações específicas. Eis alguns exemplos dessa variedade de reivindicações. Se para os minifundistas o fundamental é a defesa de sua terra e a garantia de uma política de crédito e de estabelecimento de preços mínimos, para os assalariados o fundamental passa pelo fiel cumprimento da legislação trabalhista rural e pelo desenvolvimento sindical. Se para os parceiros o importante é a regulamentação e controle dos contratos agrários, para os posseiros coloca-se como fundamental a legitimação de sua propriedade e a definição de uma política de colonização autêntica.

O trabalho comunitário, visto sob a ótica de mudança, não pode negligenciar essa diversidade de formulações e deve ter em mira o fortalecimento das organizações representativas da comunidade. Retendo a sua especificidade, o trabalho comunitário em saúde, não pode ser colocado como alternativa a essas organizações; pelo contrário, deve se desenvolver no sentido de fortalecê-las.

A análise realizada na primeira parte deste trabalho demonstrou que o avanço do capitalismo no campo baseia-se em uma reorganização do poder, na qual a aliança entre as oligarquias rurais e a burguesia industrial e financeira passa a ser comandada por esta última. Pode-se dizer que neste processo a cidade comanda o cam

po. Do ponto de vista das classes subalternas, esta situação faz com que a resolução dos problemas dos trabalhadores do campo passe, necessariamente, por uma articulação com os movimentos dos trabalhadores urbanos. Em outras palavras, a aliança entre a burguesia industrial-financeira e a burguesia agrária cria a necessidade e as condições objetivas para a aliança entre os trabalhadores do campo e da cidade.

Retomando a questão da heterogeneidade das reivindicações sociais do campo, pode-se afirmar, com propriedade, que a sua conquista está na dependência da articulação entre os diferentes grupos camponeses e destes grupos com os trabalhadores urbanos. A abertura de canais de expressão para os trabalhadores urbanos terá, sem dúvida, reflexos na capacidade de organizações dos camponeses.

À maneira de síntese, parece-nos que a problemática agrária e a possibilidade de uma intervenção transformadora através do trabalho comunitário estão relacionados, em um plano nacional, com a conquista de espaços que possibilitem aos trabalhadores a expressão dos seus interesses. A questão agrária é mais um aspecto da questão nacional e da democracia no Brasil.

IV. PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS ("O PROGRAMA DE MONTES CLAROS")

IV. PROJETO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS ("O PROGRAMA DE MONTES CLAROS")

SUMÁRIO

1. Material e Métodos
2. Origens e Propósitos Fundamentais do Programa
3. A Segunda Fase: Dinâmica e Propósitos Fundamentais
4. Objetivos do Programa
5. A Estratégia do Programa
6. Rede Física
7. Recursos Humanos
8. Metas de Cobertura
9. Participação de Outras Entidades
10. O Centro Regional de Saúde de Montes Claros
11. Treinamento de Auxiliares
12. A Região de Saúde do Norte de Minas
13. Histórico da Região. Características do Povoamento até os Dias de Hoje
14. Características da População e Condições Gerais de Trabalho
15. Como se desenvolve o modelo de saúde
16. A Heterogeneidade das Práticas
17. Hipóteses Finais

IV. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS

1. Material e Métodos

O estudo sobre o Programa de Montes Claros foi feito com base em dados obtidos através de 3 fontes:

- a) Leitura dos documentos elaborados no interior do próprio Programa, bem como material e documentos elaborados sobre o Programa ou sobre a Região Norte de Minas, tais como publicações da SUDENE, EMATER, Fundação João Pinheiro e outras instituições, que serão citadas à medida que forem utilizadas;
- b) Informações obtidas através de visitas de membros do PESES responsáveis pela pesquisa à Região Norte de Minas e Belo Horizonte, envolvendo contatos com o pessoal do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, contatos com auxiliares de saúde em grande parte da área, visita às instalações onde funcionam as unidades de saúde, contatos com a população e com autoridades locais, entrevistas com funcionários da EMATER e SUDENE em Montes Claros e, em Belo Horizonte, contato com membros da Secretaria de Saúde do Estado.
- c) Informações obtidas através dos seminários organizados no PESES, dos quais participaram representantes de todos os programas que estavam sendo estudados, onde as características e especificidades de cada programa puderam ser cotejados uns com os outros.

No que diz respeito ao Programa de Montes Claros, especificamente, o resultado final da pesquisa que iremos apresentar adiante, poderá parecer, sobretudo para aqueles que o conhecem melhor, até desapontador. Dizemos isso porque o Programa contém tantas nuances, atravessou tantas fases, é de tamanha expressão geográfica e envolveu tantos recursos que, no registro final, nos vimos obrigados a deixar de lado inúmeros documentos elaborados pelo grupo responsável pelo Programa, bem como detalhes de funcionamento in-

terno que nos pareceram excessivos para um estudo que não tinha por objetivo apresentar apenas o Projeto Montes Claros, mas também outros que tivessem alguma relação com a chamada Medicina de comunidade. Entretanto, colocamos à disposição dos interessados em conhecer detalhadamente o Programa todos os documentos que temos em mãos no PESES, e a estes poderemos assegurar que contarão com a mesma boa vontade que encontramos junto ao pessoal do Centro Regional de Montes Claros, a quem gostaríamos de agradecer por todas as facilidades e ajuda que nos prestaram, colaborando de forma excepcional para a realização deste trabalho.

2. Origens e Propósitos Fundamentais do Programa

As origens do Programa de Saúde do Norte de Minas datam de 1972, quando o IPPEDASAR, juntamente com o Governo do Estado de Minas Gerais, em convênio com a Universidade de Tulane (de Louisiana, USA) e a Fundação Universidade Norte Mineira patrocinou o modelo que serviu de base para a elaboração do primeiro projeto ou, melhor dizendo, daquela que pode ser chamada a primeira fase do referido Programa.

Outro acordo, firmado em 1974 entre o governo brasileiro e a USAID, possibilitou a viabilização do projeto.

Os grupos de trabalho envolvidos na consecução desta primeira fase foram quase todos remanejados ou substituídos por outros grupos que hoje estão coordenando as atividades do Programa. Referindo-se aos propósitos e objetivos fundamentais da primeira fase, diz Somarriba (1976) em seu estudo:

"Desde suas raízes históricas que remontam ao ano de 1972, quando, sob a coordenação do IPPEDASAR, foi montado o modelo que serviu de base para sua elaboração, o Programa de Saúde do Norte de Minas tem como propósito fundamental a extensão da cobertura dos serviços de saúde à maior parte da população regional". (pg. 2) (grifo nosso).

Entretanto, nessa primeira fase do Programa, a ênfase maior foi dada ao cuidado materno-infantil, fato que é indicado pelo próprio nome atribuído, na época, ao projeto publicado em julho

de 1971: The Northern Minas Regional Integral Maternal and Child Care System (Sistema Regional Integrado de Atenção Materno-Infantil). O projeto era apresentado como:

"...proposal for a demonstrational, regional integral maternal and child care system serving the 1.000.000 inhabitants of the 42 country Montes Claros health area of Norther Minas Gerais, Brazil,..." (pg.3) (19).

Mais adiante, os seus autores esclareciam:

The Montes Claros Regional Integral Maternal/Child Health Demonstrational Program proposes to plan, design, develop, operate and evaluate a Model maternal and child care system providing the best possible integrated health care for all mothers, infants and children 0-5 years of age throughout the complete reproductive cycle and the growth and development process". (pg. 4) (20)

Este convênio foi, porém, interrompido. Não dispomos de nenhuma informação segura a respeito das verdadeiras causas que levaram a essa interrupção. Sabemos apenas que, segundo várias fontes oficiais, o problema tem relação com um conflito de interesses nos Estados Unidos, entre a Universidade de Tulane e a USAID, que em nada envolvia a parte brasileira no acordo.

O fato importante e assinalar é que parece haver uma descontinuidade, um hiato entre a primeira e a segunda fase do Programa em que, como veremos adiante, das antigas partes associadas, apenas a USAID continua presente e, obviamente, o governo brasileiro, que havia autorizado o convênio.

3. A Segunda Fase: Dinâmica e Propósitos Fundamentais

A segunda fase do Programa é, por assim dizer, produto quase direto da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. De acordo com o Documento Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, 1976, temos que:

"A lei 6.229 de 17.07.71 que cria o Sistema Nacional de Saúde e a legislação decorrente estabelece já um quadro de referências com as atribuições e competências do Governo Federal, com a divisão de trabalho entre os Ministérios e o dos Governos Estaduais e Municipais. A lei estabelece ainda o planejamento setorial integrado, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde através da conjunção de recursos federais, estaduais e municipais. Alguns dos aspectos mais relevantes para a viabilização do Sistema Nacional de Saúde foram objeto de exaustivas discussões em diferentes oportunidades a partir de então: a V Conferência Nacional de Saúde (Brasília) o Seminário sobre a Situação Sanitária das Regiões Metropolitanas Brasileiras (São Paulo), a Convenção de Administradores de Saúde (Salvador), o Encontro de Secretários de Saúde do Nordeste (João Pessoa), etc." (pg.1)

Em outra seção do mesmo Documento (s/data) (21), a articulação entre a Lei e os propósitos do Programa é explicitada da seguinte maneira:

"Tal instrumento, pela sua própria natureza, limitou-se a definir os grandes parâmetros organizacionais e, por isso, estimulou a criatividade intelectual em torno de sua interpretação. Assim, surgiram vários estudos (...). Tais documentos, contudo, restringiram seu âmbito de discussão a uma interpretação do Sistema Nacional de Saúde, a nível estratégico, sem descer, em profundidade, aos seus aspectos operacionais. É nesse contexto que se apresenta o presente trabalho, que constitui uma... tentativa de colocar em discussão um modelo operacional, definido para uma região de saúde. Seu pressuposto é o de que a operacionalização do Sistema Nacional de Saúde deverá ser feita, indutivamente, a partir do desenho, implementação e avaliação de Sistema Regionais de Saúde, organizados sob a forma de projetos experimentais, o que coincide com uma recomendação da V Convenção Nacional de Administradores. O modelo proposto para a região mineira do Polígono das Secas deve ser tomado como uma alternativa para regiões pobres, com alto grau de dispersão populacional e com grande contingente da população rural. O que, apesar de lhe conferir certas peculiaridades, não diminui seu potencial de contribuição para a implantação do Sistema Nacional de Saúde". (pgs. 1 e 2)

Esta segunda Fase é, também, fruto das profundas modificações pelas quais passou o setor de saúde em todo o Estado de Mi-

nas Gerais, a partir, principalmente, de outubro de 1972, envolven-
do a descentralização das funções administrativas que vinham sendo,
até então, exercidas única e exclusivamente pela Secretaria de Saú-
de. Nesse sentido, foram criados através do Decreto nº 14.970 de
06 de outubro de 1972, Secção II, art. 49/VJ, 15 Centros Regionais
de Saúde para o Estado de Minas Gerais. Cada uma das áreas foi de-
nominada região de saúde, ou seja, a "parte do espaço geográfico de
Minas Gerais sob jurisdição de um Centro Regional de Saúde" (ver
Documento "Projeto de Regionalização do Estado de Minas Gerais";
s/data).

Para implementar esta política de regionalização, foi
criado um grupo-tarefa responsável pela operacionalização do Decre-
to. No que se refere, especificamente, à Região Norte de Minas,
uma das 15 áreas em que foi dividido o Estado, o Documento "Siste-
ma Integrado..." (1976) declara o seguinte:

"Em Minas Gerais, a prática de um grupo-tarefa per-
manente, encarregado da liberação dos estudos pré-
vios necessários à implantação do Sistema Estadual
de Saúde, tem também resultado no mesmo tipo de con-
senso. Em funcionamento desde novembro passado, es-
te grupo-tarefa está constituído por represen-
tes do Ministério da Saúde, do INPS, do FUNRURAL,
do PISEMG e da Secretaria de Saúde que, nessa pers-
pectiva, tem entendido o projeto de Montes Claros"
(pg. 2).

Por força do antigo convênio com o governo brasileiro, a
USAID continuou presente na implantação do novo sistema de saúde
na região, o que não implica dizer que ela esteja presente no pro-
cesso de regionalização para as demais 14 áreas. Este organismo,
até fins de 1977, foi a mais importante, embora não a única, fonte
de financiamento para o programa, contribuindo com cerca de 44,7%
do custo do projeto, de acordo com dados do Orçamento Programa es-
timado para o ano de 1977. As outras entidades contribuintes fo-
ram as seguintes: Tesouro Nacional, 13,4%; CEME, 2,3%; PAPPE,
7,7%; SUDENE, 0,7%; POLONOR, 21,13%; CODEVASF, 1,7%; PIASS, 27,4%.
A partir de 1978, o PIASS, órgão do Ministério da Saúde, assumirá
os maiores encargos financeiros do programa, devendo a USAID sair
de cena.

Além da formação do grupo-tarefa, a Secretaria de Saúde promoveu outras alterações destinadas a favorecer o progresso da regionalização e descentralização, entre as quais a criação de grupos e comissões orientados para fins determinados, como foi o caso da Assessoria de Planejamento e Coordenação (APC), Grupos de Coordenação e Apoio (CGAs), Assessoria Técnica de Saúde (ATS), Superintendência Administrativa (SA) e Superintendência de Saúde (SS).

A APC é um dos órgãos mais dinâmicos da Secretaria e, a nosso ver, hoje em dia, com alguns dos elementos mais promissores ao nível de planejamento de saúde do país. Sua principal função é coordenar as mudanças necessárias para o perfeito desenvolvimento das ações que o setor quer levar a efeito em todo o Estado de Minas. Pode-se mesmo dizer que é um dos resultados mais felizes da política de não-verticalidade que se pretende implantar.

A SS dispõe, de certa forma, de poderes de nomeação e remoção de pessoal, bem como de alocação de recursos materiais, enquanto que os demais organismos repartem entre si funções de caráter mais executivo. A SA continua sob a dependência direta do Secretário de Saúde e, juntamente com a SS e ATS, constituem um dos núcleos que vinham sofrendo transformações graduais em seu caráter extremamente centralizador e burocrático.

Quanto ao grupo que, logo de início, se localizou no Centro Regional de Saúde de Montes Claros, sua primeira e mais importante tarefa foi elaborar um projeto de saúde para a área em que iria atuar, além de convocar pessoas para trabalhar no Norte de Minas, elaborar e realizar o Diagnóstico de Saúde da região e negociar junto com o grupo-tarefa e a APC, em vários níveis do modelo de saúde brasileiro (como SUCAM, Fundação SESF, etc.), bases para a concretização do projeto.

O Diagnóstico de Saúde realizado em 46 municípios no prazo de seis semanas, foi efetuado após a discussão e aprovação do Projeto pelo grupo-tarefa responsável pela implantação do Sistema Estadual de Saúde.

De acordo com as recomendações da Secretaria de Saúde, deveria ser levantado uma primeira etapa, que foi denominada "Sistema Atual dos Serviços de Saúde do Norte de Minas". Como se pode

ver nos Planos de Saúde (1976) referentes ao Diagnóstico, ao desenpenhar esta tarefa, a equipe responsável procurou:

"...desenhar os sub-sistemas municipais, que poderiam conter desde o nível mais simples de atendimento, a Unidade Auxiliar de Saúde, até o nível de atenção hospitalar, o Hospital Municipal. Procedeu-se a um diagnóstico da situação atual, bastante prejudicado pelos dados obtidos que se mostraram quase sempre insuficientes e programou-se o sub-sistema para cada município.

(...) As principais fontes pesquisadas foram:

- Prefeitura;
- Unidade Ambulatorial;
- Hospitais;
- Ambulatórios Previdenciários;
- Entidades Benéficas de Serviços;
- Setores de Ensino - Estaduais Municipais Particulares

(...) Além dos dados coletados e informações obtidas através de entrevistas informais junto à comunidade, foram consultadas outras fontes e trabalhos, entre os quais cite-se: IBGE, SUCAM, CNAE, DNER.

O tempo limitado para análise e programação impôs a não consideração de aspectos interessantes porém de menor relevância". (pgs. 2 e 3).

A metodologia empregada incluía o levantamento dos aspectos gerais do município (situação geográfica, formação histórica, aspectos econômicos, demográficos e rede escolar), alguns aspectos de seus níveis de saúde (mortalidade e morbidade, condições de nutrição), dados referentes a fatores ambientais (saneamento básico), seu sistema de prestação de serviços (capacidade instalada, recursos humanos, recursos financeiros, produção e produtividade) e uma breve discursão da política de saúde local.

4. Objetivos do Programa

Depois de ser ajustado ao Diagnóstico, o projeto foi apresentado às entidades federais e estaduais mais ligadas à sua implementação que o aprovaram. De acordo com o Relatório de atividades (1977), foram então firmados convênios com:

"todas as Prefeituras da Área Norte de Minas, com a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (Faculdade de Medicina), com a Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa (UFMG)". (pg. 1)

Sem trair os princípios da Lei 6.229 que definia como objetivo geral a integração e regionalização dos serviços de saúde, os objetivos do Programa nessa segunda fase tentaram projetar um caráter próprio, alternativo, mais adequado às condições locais da região. Tais objetivos, segundo o Documento referente às Características Básicas do Modelo (s/data), seriam:

- extensão da cobertura dos serviços a pelo menos 70% da população regional;
- coordenação das diversas instituições que atuam na área, no campo da saúde;
- absorção de financiamento de origem externa ao país para a montagem básica do sistema cuja operação, reposição e expansão futuras se farão através de recursos internos;
- descentralização dos processos de planejamento, execução e controle, através da regionalização;
- hierarquização dos serviços de saúde em termos de complexidade e custos crescentes, cabendo aos níveis inferiores do sistema a retenção da maioria dos pacientes;
- aproveitamento dos recursos humanos informais de saúde existentes na área, através de treinamento e supervisão periódicas;
- integração das atividades de prevenção, recuperação e promoção, no campo da saúde;
- participação das comunidades locais no planejamento, operação e avaliação dos serviços de saúde;
- ampla utilização de pessoal auxiliar para prestar serviços básicos de saúde;
- possibilidade de aproveitamento da experiência para desenvolver sistemas de saúde em outras regiões do país.

5. A Estratégia do Programa

A principal proposta do Programa do Centro Regional de Montes Claros, e a razão fundamental que nos levou a estudá-lo como uma modalidade peculiar de organização da atenção médica no Brasil não foi apenas o de criar um sistema de saúde numa área onde era extremamente precário. Na verdade, o grupo de trabalho partiu do pressuposto de que tal sistema já existia de alguma forma, oficialmente ou não, sendo apenas necessário identificá-lo em seus vários níveis, formas ou modalidades, quer se encontrassem mais ou menos organizados. Segundo o Documento referente ao Sistema de extensão da Cobertura (1976):

"Além dos níveis de maior complexidade (...) há um nível informal onde farmacêuticos práticos, curadores, parteiras empíricas e o próprio povo praticam a medicina popular, seguindo conhecimentos tradicionais e publicidade comercial". (pg. 5)

Entretanto, verificaram, durante a análise dos dados referentes ao Diagnóstico, que os canais de comunicação entre o rico e variado sistema informal de atenção à saúde e o débil e concentrado sistema oficial estavam totalmente cerrados, polarizando ainda mais os poucos recursos com que contava a população da Região. Segundo o mesmo Documento:

"(...) Este sistema (referente à medicina científica) todavia, é pouco eficiente na medida em que fornece atenção de alto custo e má qualidade pela baixa cobertura e por prescindir da participação comunitária.

O que se pretende, então, é fornecer recursos financeiros, tecnológicos, apoio logístico, mecanismo de coordenação e informação necessárias ao desenvolvimento do sistema existente. Portanto, para incrementar seu grau de organização, há que se encontrar mecanismos que efetivem a "consciente" participação comunitária no planejamento, na produção e no controle de serviços, de modo a permitir que o povo alcance a assistência a que tem direito". (pg. 5)

A nível operativo, a organização proposta para o sistema de saúde no Norte de Minas estabeleceu 5 níveis de atenção (Quadro I), cada qual oferecendo um grau mais completo dentro da rede de oferta de serviços:

- Nível I : Unidade Auxiliar de Saúde
- Nível II : Unidade Ambulatorial
- Nível III : Hospital local
- Nível IV : Hospital de Área
- Nível V : Hospital Regional

QUADRO I

SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS - ESTRUTURA FUNCIONAL

NÍVEL	DOMICILIAR	L O C A L			ÁREA PROGRAMÁTICA	REGIÃO DE SAÚDE	
		R U R A L	U R B A N O			UNIDADE AMBULATORIAL ESP.	HOSPITAL REGIONAL
UNIDADE	CASA	UNIDADE AUXILIAR	UNIDADE AMBULATORIAL GERAL	HOSPITAL LOCAL	HOSPITAL DISTRITAL		
POPULAÇÃO COBERTA	FAMÍLIA	+ 5.000	POPULAÇÃO DE UM MUNICÍPIO		+ 120.000	+ 1.000.000	
RECURSO HUMANO NUCLEAR	VISITADOR DOMICILIAR	ATENDENTE RURAL	MÉDICO GENERALISTA		MÉDICO GENERALISTA "ESPECIALISTA".	MÉDICO ESPECIALISTA E SUPER-ESPECIALISTA	

Fonte: Documento Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: Características Básicas e Estrutura Funcional do Modelo; Fig. 3; (pg. 13)

Os níveis I e II foram definidos como o módulo básico do sistema, no qual a participação comunitária, de importância fundamental, deveria ocorrer com maior intensidade. Uma vez definidos estes níveis como o ponto de encontro por excelência entre a atenção médica (conhecimento científico) e a população (conhecimento popular), o Programa partiu para a realização das metas que teriam que ser desenvolvidas para dar conta dos objetivos propostos: trei

nar pessoal, montar a rede física, equipá-la e adequá-la aos fins propostos, testar formas de rápida distribuição de vacinas e medicamentos, etc..

6. Rede Física

Até o final da implantação do projeto, o sistema deveria contar com 46 módulos básicos, sendo que haveria 57 Unidades Ambulatoriais instaladas e 160 Unidades Auxiliares de Saúde. O relatório de Atividades para os anos de 1975 e 1976 (1977) informa:

"Em 1976, foram programadas a construção e instalação física de 100 Unidades Auxiliares e 10 Unidades Ambulatoriais, e reforço de equipamento e material permanente em todas as unidades ambulatoriais. 75 unidades auxiliares foram construídas, 13 estão em fase preparatória da liberação de terrenos".
(pg. 6)

Segundo declarações prestadas pelo Dr. Francisco de Assis Machado, diretor do Centro Regional de Saúde de Montes Claros até fins de 1977, o Programa do Norte de Minas pretendeu, na sua primeira etapa (até o ano de 1977), ser fundamentalmente um programa de extensão da cobertura. Ressaltou que isto não significava que os aspectos "qualitativos", por assim dizer, do Projeto tivessem sido abandonados. O fato é que a área encontrava-se precariamente provida de recursos de saúde e, possivelmente, nenhuma outra meta seria alcançada caso a instalação de unidades ou a formação de recursos humanos fossem deixadas de lado. Isso explica a atenção dada à estruturação dos níveis I e II da rede e a preocupação com o treinamento de auxiliares de saúde, inclusive quando se dedicaram a atividades que não essas. Foi seguindo esta ordem de prioridades que, em convênio com o DER, decidiram utilizar o pessoal da frente de trabalho da Região das Secas de Minas Gerais para atividades de saneamento, em 1976. Embora fosse uma tarefa temporária, logrou-se a escavação de 8.287 fossas em 21 municípios e a distribuição de 7.300 lajes em outros 15 municípios. Além disso, cerca de 3000 melhorias foram concluídas em redes de abastecimento de água e esgotos.

O critério utilizado para a escolha do local de construção das Unidades Auxiliares de Saúde (UAS) foi que houvesse uma Unidade em cada localidade com mais de 2.000 habitantes. Em cada uma UAS, haveria 2 auxiliares de saúde.

7. Recursos Humanos

As funções de auxiliares de saúde preenchidas com pessoal treinado pelo próprio Programa e pessoal de saúde que já estivesse trabalhando na área e que passaria por uma reciclagem. No primeiro caso, dar-se-ia prioridade, segundo as metas iniciais do projeto, a professores primários e demais indivíduos que já exercessem algum tipo de atividade junto à população: parteiras, voluntários de trabalhos na igreja, etc..

As metas a serem atingidas seriam as seguintes:

- treinar 404 auxiliares em técnicas básicas de enfermagem;
- treinar 72 supervisores em técnicas de supervisão e docência;
- reciclar: 583 auxiliares de saúde
72 supervisores

Somente para o ano de 1976 deveriam ser treinados 272 auxiliares e reciclados 179. Na verdade, o Programa conseguiu treinar 276 auxiliares e reciclar 262. (Todos os aspectos referentes ao treinamento de auxiliares serão vistos mais adiante, numa seção do trabalho dedicada apenas ao assunto).

Ainda no que se refere à questão dos recursos humanos, o Programa estabeleceu de início, a necessidade de desenvolver funções de supervisão e docência em todos os módulos básicos do sistema, além de supervisão a nível de área programática e desenvolvimento de um Centro Regional de Treinamento para o pessoal de saúde. Tais atividades começaram a ser postas em prática recentemente, a partir de meados de 1977.

A chamada supervisão a nível de área programática leva em conta uma divisão feita desde a época do Diagnóstico válida para toda a Região Norte de Minas. Tomando os 8 principais centros

que nucleiam determinada área, a Região foi dividida em 8 setores que receberam o nome de Áreas Programáticas. São elas:

AP 1	Montes Claros	contém	7	municípios
AP 2	Bocaiúva	"	8	"
AP 3	Francisco Sá	"	4	"
AP 4	Pirapora	"	8	"
AP 5	São Francisco	"	3	"
AP 6	Januária	"	5	"
AP 7	Porteirinha	"	6	"
AP 8	Salinas	"	5	"

Cada uma das Áreas Programáticas, a nível do Centro Regional de Saúde, conta com uma equipe que tem por função supervisioná-la nos mais variados aspectos, tais como reciclagens rápidas, relações no interior do módulo básico, questões referentes a pagamento, andamento de contrato, remoções, andamento do programa, relações com as autoridades locais, com associações, com a população e com outras formas de atenção à saúde, etc.

Considerando o curto tempo transcorrido desde o início das atividades desses grupos de supervisão, o Programa ainda não tinha estabelecido uma rotina adequada e uma forma homogênea de avaliação e controle dos dados. A experiência das reuniões periódicas de avaliação levou o grupo do Centro Regional a optar por reuniões mais frequentes entre todos os componentes de uma dada AP, bem como entre membros de diferentes APs, a fim de melhor encaminhar as decisões e/ou problemas que fossem surgindo. O Programa estava nestas condições quando nosso trabalho foi dado por terminado.

8. Metas de Cobertura

Devido às inovações pretendidas pela Secretaria da Saúde e pelo grupo de trabalho do Centro Regional de Montes Claros, as metas de cobertura a serem atingidas não obedeceram a um modelo tradicional baseado no tipo de serviço prestado (Materno-Infantil, Pré-natal, etc.), e sim no atendimento geral da população. Segundo

o Documento referente à Extensão da Cobertura (1976), as seguintes metas deverão ser atingidas quando o Programa estiver se desenvolvendo satisfatoriamente:

Cobertura da População X Cuidados Primários e Consulta Médica:

- Urbana: 70% a 90%
- Rural: Acesso fácil - 60%
Acesso médio - 40% a 60%
Acesso difícil - 40%
- Cobertura da População de Menores de 15 anos
Imunizações - 70%
- Concentração de Cuidados Primários e Consulta Médica X Pessoa Coberta/Ano:
 - . Zona Urbana: 3 cuidados primários
1 a 2 consultas médicas
 - . Zona Rural: 2 cuidados primários
0,5 a 1 consulta médica
- Concentração de Atendimentos X Imunizações:
 - . 4 por menor de 15 anos coberto
- Estimativa de Necessidades de Hospitalizações:
 - . 67% da população/Ano
- Rendimento:
 - . Hora/auxiliar - 5 cuidados médicos ou 15 imunizações
 - . Hora/Médico - 5 consultas
 - . Leito Hospitalar/Ano - 40 altas

Ainda não é possível avaliar se estas metas foram ou não alcançadas, pois o Programa não conta, em sua totalidade, com um Sistema de Registro completamente implantado. O controle existente é apenas de caráter absoluto e não foi calculada, para os anos de 1976 e 1977, a porcentagem da população atingida pelos benefícios. Até fins de 1977, o Sistema de Registro já deveria estar funcionando para que as atividades dos Programas fossem melhor contro

ladas. Devido à extensão geográfica da área e ao pequeno número de auxiliares devidamente treinados, esta demora já era, de certa forma, prevista, sendo, porém, encarada como uma situação provisória, admissível somente no chamado período de implantação.

9. Participação de Outras Entidades

É óbvio que um programa como o de Montes Claros devia solicitar a participação de várias instituições da região, além daquelas que foram contactadas nas etapas anteriores do Programa. Nesse sentido, os seguintes organismos foram consultados para ver o tipo de apoio que poderiam fornecer:

Área Federal

- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP)
- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)
- Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)
- Legião Brasileira de Assistência (LBA)
- Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE)
- Departamento Nacional de Obras contra a Seca (DNOCS)
- Comissão de Desenvolvimento do Vale de São Francisco (CODEVASF)
- Rede Ferroviária Federal (RFF)
- Superintendência do Desenvolvimento da Pesca (SUDEPE)

- Cia. de Navegação do São Francisco

Área Estadual

- Secretaria de Estado da Saúde
- Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
(IPSEMG)
- Fundação Rural de Minas Gerais
(RURALMINAS)
- Comissão de Desenvolvimento do Vale do Jequitinhonha
(CONDEVALE)
- Fundação Ezaquiel Dias
(FUNED)
- Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
(FEAP)
- Polícia Militar de Minas Gerais

Área Municipal

- Fundações Municipais de Saúde
- Prefeituras Municipais
- Faculdade de Medicina do Norte de Minas
- Instituições Filantrópicas

Durante o tempo em que estivemos em contato com o Programa (1977), verificamos que a cooperação entre todos estes organismos era ainda muito tímida, com avanços e recuos que refletiam a própria falta de integração do Sistema Nacional de Saúde como um todo, o que acabava incidindo em que cada entidade que se via imobilizada em aspectos que feriam ou desarticulavam sua própria maneira de ser. Algumas atividades já haviam sido realizadas de comum acordo com mais de um organismo, ainda que em diferentes níveis, como o caso do uso de hospitais e equipamentos do FUNRURAL integrado ao Projeto Regional de Montes Claros. Outros organismos,

como a Fundação SESP por exemplo, que já contam com um tipo determinado de ação comunitária e uma estrutura bem mais sólida, encontram maiores dificuldades para se articularem com um projeto que, decerta forma, ou pelo menos em tese, é visto como duplicação daquilo que já existe. O maior índice de colaboração, como era de se esperar, dá-se a níveis limitados ou bem localizados, e quase sempre depende da presença de determinado funcionário num dado local, mais do que da política "de integração" da instituição em que trabalha.

10. O Centro Regional de Saúde de Montes Claros

Discutir o Programa do Norte de Minas sem fazer um parêntese para entender um pouco a dinâmica do pessoal que trabalha no Centro Regional em Montes Claros nos pareceu inútil. Isso porque, para levar adiante um projeto que pretende tantas inovações, é claro que é necessário um grupo de pessoas que se comprometam, de fato, com forma alternativa de organizar um sistema de saúde, entendendo-a perfeitamente.

Em média, cerca de 60 pessoas trabalhavam no Centro em 1977, ano da pesquisa de campo que aí realizamos. Este número tende a aumentar, à medida que o projeto se expanda e se estabeleça definitivamente, até atingir um número ideal de supervisores, monitores e pessoal de apoio. Verificamos o seguinte quadro de funcionários, ainda desfalcado, em abril de 1977:

- 1 diretor
- 1 diretor adjunto
- 1 consultor da OPS
- 2 assistentes administrativos
- 4 encarregados de setor
- 12 auxiliares de administração
- 2 técnicos de laboratório
- 6 motoristas
- 1 mecânico
- 3 vigias
- 1 contínuo
- 3 serventes

e o chamado quadro técnico:

- 16 supervisores
- 5 monitores

No interior desse corpo de funcionários estavam representadas as mais variadas posições em relação ao projeto, fundamentadas nas mais diversas razões, segundo pudemos constatar durante conversas informais que mantivemos com várias pessoas. Havia os que eram "a favor" e os que eram "contra". Os primeiros manifestavam-se, quase sempre, favoráveis a um sistema de saúde inovador, que permitisse a participação da população, pouco hierarquizado, aberto para ser discutido por todos que por ele se interessassem. Este grupo, composto, em sua maioria, de pessoas mais jovens que, em geral, nunca haviam trabalhado em instituições muito rígidas, apresentava uma capacidade enorme de trabalho mas tinha pouca experiência e pouco manejo dos conhecimentos técnicos até então adquiridos.

Os que se diziam "contra", por sua vez, constituíam uma categoria composta por pessoas que não estavam necessariamente em desacordo com tudo o que o projeto propunha (embora alguns estivessem) e que, em geral, encontravam-se no Centro Regional por serem antigos no serviço. Entendiam a oferta de serviços à população como uma rotina. Com tendências extremamente burocratizantes e, altamente hierarquizados, era um grupo dotado de muito manejo técnico-burocrático, conhecimento este que utilizavam sempre que um esforço maior lhes era exigido, como, por exemplo, ir ao campo para efetuar o diagnóstico, verificar o andamento da implantação da rede física, discutir com autoridades locais a respeito da boa escolha dos candidatos e auxiliares de saúde, etc.

Em torno dessas duas categorias desenvolveram-se várias outras que não convém discutir aqui pois, fundamentalmente, o fulcro do problema estava concentrado em duas concepções distintas sobre política de saúde que, formal ou informalmente, explícita ou implicitamente, estavam presentes no interior do Centro Regional. Dizer que hoje este problema está totalmente superado seria excesso de otimismo. O importante a ressaltar são as formas que foram buscadas, de comum acordo, para a integração do pessoal. Este gênero de conflito, que não é em si um desastre, seria previsível, em

qualquer instituição onde se sobrepusessem dois tipos de modelos. Interessante é verificar os tipos de política interna desenvolvidas para superá-lo.

O diretor do Centro Regional na ocasião, Dr. Francisco de Assis Machado, propiciou, logo de início, um clima aberto para as discussões e vários documentos, decisões e resoluções foram objeto de debates. Um dos documentos elaborados - "Diretrizes Gerais para Política de Pessoal do Centro Regional de Montes Claros" - estabelece que:

"Qualquer atividade, tarefa ou ação no Centro Regional de saúde de Montes Claros, deve estar orientada coerentemente com o estilo administrativo, ou melhor, com as diretrizes que regem as relações dentro de nossa Instituição.

Como norma geral, o arbítrio pessoal, deverá ser substituído pelo arbítrio coletivo, consubstanciado em regulamentos e critérios. O corolário inevitável desta assertiva será o de que todas as decisões que implicarem em juízos ou julgamentos, devem ser submetidas não a uma função, mas a um colegiado ou mesmo um representante do conjunto de pessoas que representam o CRS".

Além de reuniões gerais e periódicas, em que se fazia o possível para que todos estivessem presentes - tanto o quadro "burocrático" quanto o "técnico" - o projeto tentou implementar tarefas que superassem a divisão técnica de trabalho tradicional existente em organismos de saúde congêneres. Estabeleceram-se, assim, vários grupos-tarefa onde imperava uma espécie de "sistema coringa", em que todos se alternavam em relação a determinadas atividades, para evitar que cada indivíduo se sentisse "especializado" ou "dono" de um setor ou serviço e para que todos pudessem tomar parte de todas as tarefas. Este estratagema foi usado principalmente em atividades que se referissem, de forma mais direta, à população e à forma - ou às formas - que teriam de ser desenvolvidas para que ela se aproximasse e participasse do processo de organização da oferta de serviços concebida em seu benefício. Quando possível, tarefas internas do Centro Regional também eram compartilhadas pelos supervisores e monitores, cujo campo de ação era, por excelência, externo.

Os resultados dessa política de pessoal ainda não podem ser avaliadas integralmente, porque 1977 foi o ano que marcou o início destas tentativas. A composição dos grupos-tarefa variou muito desde que a prática foi instituída e ainda não se pode dizer que o Centro Regional tenha atingido todos objetivos esperados. Se, por um lado, esta estratégia serviu, de alguma forma, para entrosar o pessoal e desmistificar certas fórmulas burocratizantes, por outro lado, ela não conseguiu evitar totalmente certas falhas que ocorreram quando determinados assuntos exigiam, de fato, conhecimento técnico a cerca de um ou outro problema. Assim sendo, nem sempre o pessoal "burocrático" estava preparado para sair a campo e dar orientações sobre uso de material, esquema de vacinação ou problemas de encaminhamento de pacientes. Da mesma forma, nem sempre o pessoal "técnico" estava preparado para responder questões referentes a preenchimento de faturas, formas de pagamento, execução do orçamento programa, etc..

É evidente que muitos ajustes foram conseguidos entre os dois tipos de tarefas, produto de árduas e prolongadas experiências, envolvendo, não raro, atritos a nível institucional. Os esforços envidados para atingir os primeiros resultados positivos levaram, a nosso ver, o grupo do Centro Regional a encerrar-se demasiadamente em si mesmo, deixando, quase para segundo plano, os conflitos e dificuldades que estavam surgindo na própria implementação do projeto a nível da população que, por sua vez, mantinha-se totalmente alheia a esta problemática puramente "funcional".

Hoje em dia as concepções sobre como levar adiante o projeto encontram-se um pouco alteradas. Esta política de "arrumar a casa primeiro" para depois tratar dos problemas que ocorrem fora do âmbito do Centro Regional está sendo gradualmente corrigida pelo incentivo que o Centro vem dando às pessoas para que freqüentemente mais a área e tragam para o debate interno as dificuldades que estiverem encontrando. O Dr. Francisco de Assis Machado já havia iniciado esta política que foi mantida pelo novo diretor, o Dr. José Saraiva Felipe.

Estas alterações não fizeram desaparecer os grupos-tarefas. Modificaram-se apenas as suas pautas de discussão. Em uma análise retrospectiva, é quase impossível dizer se foi incorreta

aquela fase em que os grupos estiveram mais para si mesmo. Para dar uma idéia da composição dos grupos, selecionamos dois sistemas que, de certa forma, são dos mais perenes. Um deles é o que foi criado para dar conta das principais atividades do projeto e, por ocasião de uma de nossas visitas ao Centro, estava constituído da seguinte maneira:

Grupo de Programação: 3 supervisores, 1 monitor e o assessor da OPS;

Grupo de Recursos Humanos: 3 supervisores, 1 monitor e 1 auxiliar de administração;

Grupo Ampliação da Rede Física: 3 supervisores e 2 monitores;

Grupo Setor de Informação: 5 supervisores

Grupo Setor Administrativo: 1 assistente administrativo, 3 encarregados de setor, 4 auxiliares de administração, 1 mecânico, 6 motoristas e 1 contínuo;

Grupo de Finanças: 1 assistente administrativo, 1 encarregado de setor e 3 auxiliares de administração.

Uma outra divisão era a dos grupos de trabalho responsáveis pelas atividades, quaisquer que fossem elas, das 8 Áreas Programáticas em que se dividiu a Região Norte de Minas:

- | | |
|--------------------------|---|
| AP 1 (Montes Claros) | - 3 supervisores, 1 monitor, 1 mecânico, 1 contínuo, 1 auxiliar administrativo |
| AP 2 (Bocaiúva) | - 1 Supervisor, 1 monitor, 2 auxiliares administrativos, 1 motorista |
| AP 3 (Francisco Sá) | - 1 Supervisor, 1 assistente administrativo, 1 Motorista, 2 encarregados de setor |
| AP 4 (Pirapora) | - 2 supervisores, 1 monitor, 2 motoristas |
| AP 5 (Brasília de Minas) | - 1 supervisor, 3 auxiliares administrativos |

- AP 6 (Januária) - 2 supervisores, 1 monitor, 1 motorista, 1 auxiliar administrativo, 1 encarregado de setor
- AP 7 (Porteirinha) - 2 supervisores, 1 assessor da OPS, 1 monitor, 1 assistente administrativo, 1 encarregado de setor
- AP 8 (Salinas) - 2 supervisores, 2 auxiliares administrativos, 1 motorista.

O coordenador de cada um desses grupos foi sempre alguém que estivesse ocupando o cargo de supervisor dentro do Programa.

Até onde pudemos ver, o trabalho dos grupos-tarefa do primeiro conjunto está mais relacionado com as questões internas do Centro Regional, enquanto que os do segundo tratam, pela sua própria natureza, da implementação do projeto na área. O tipo de dificuldade que os grupos vêm encontrando, bem como o sucesso relativo alcançado em determinadas esferas será discutido melhor quando tratarmos da questão da participação comunitária.

11. Treinamento de Auxiliares

Todo o peso da falha ou sucesso do Programa do Norte de Minas repousa num único ponto: a ação dos Auxiliares de Saúde. Falha ou sucesso, bem entendido, naquilo que o programa tem de peculiar e inovador: a contribuição da população em todos os níveis da oferta dos serviços de saúde. Além disso, não podemos esquecer que o Programa, na etapa inicial, optou por incrementar apenas os Níveis I e II de atuação, níveis esses que privilegiam o contato da população com o auxiliar de saúde, mais do que com qualquer outro profissional ou agente fornecedor de serviços de saúde.

Do ponto de vista puramente quantitativo, pode-se dizer que o Programa alcançou as metas desejadas quanto ao número de auxiliares que queria treinar. De acordo com o Documento que o Programa elaborou a respeito do Treinamento de Auxiliares (1977):

"um grande desafio vencido pela equipe... foi o de conseguir, em prazo relativamente curto (9 meses), o pessoal auxiliar necessário ao funcionamento de 100 Unidades Auxiliares e 36 Unidades de Apoio.

Não se tratava apenas de treinar 262 auxiliares, mas de conseguir fazê-lo de um modo coerente com a matriz básica do Projeto que preconiza a "efetiva e consciente" participação da comunidade de tal modo que esta assume "responsabilidades crescentes" no sistema de saúde prenosto". (pg. 1)

Para tanto, foram realizados 5 cursos de treinamento em Porteirinha (AP 7), sendo que nenhum deles foi inteiramente igual ao outro, e as razões para que assim fosse são dadas no Documento acima citado:

"O primeiro curso foi concebido de maneira... tradicional, embora... privilegiasse com 50% de carga horária os conceitos de participação comunitária. Assim era perceptível nas relações entre os participantes uma clara definição de níveis de autoridade com a figura do professor "dono" do saber depositando conhecimentos em alunos que recebiam dele... (e)... a legitimação de seu futuro posicionamento autoritário... em relação ao povo". (pg. 2)

Em 1976 deveriam ser treinados 272 auxiliares e reciclados 179. Seriam escolhidos da maneira:

"O total a ser treinado era constituído por funcionários novos que deveriam ser selecionados obedecendo-se às normas decididas pelo Senhor Secretário de Saúde. Assim, para cada vaga as lideranças políticas locais indicavam 3 candidatos dos quais os técnicos do C.R.S. escolheriam um, com direito a recusa de todos se nenhum mostrasse aptidões ou os pré-requisitos definidos.

Entre os pré-requisitos havia quem exigia radicação do candidato no povoado ou distrito (com residência mínima de dois anos local)". (pg. 2)

Segundo declarações que nos foram prestadas, o 1º, o 2º e o 3º cursos foram mais ou menos semelhantes, sendo que o 1º foi o mais "tradicional" de todos, conforme já foi comentado. Membros do C.R.S. que participaram dos cursos disseram-nos que eles mesmos se confundiam quanto aos verdadeiros objetivos "participativos" do Programa. Quanto a discussão saía do plano abstrato, em que teoricamente todos estavam de acordo com o ideal de "participação comu-

nitária", e havia necessidade de postular programas, condutas e formas de tornar esta participação uma realidade, o grupo percebia que lhe faltavam elementos para viabilizar as metas que queriam atingir.

Entre os inúmeros problemas com que se depararam nestes primeiros cursos, enfatizam a dificuldade que tiveram de encontrar uma linguagem acessível ou, mesmo encontrando-a, de elaborar apostilas de bom nível técnico. Mas grave ainda, a própria equipe não havia internalizado muito bem o caráter "não autoritário" do processo pedagógico que pretendia aplicar e, por conseguinte, permitia que os cursos derivassem para sessões "não diretivas" ou "anárquicas" que, em certas fases, foram totalmente improdutivas. No afã de transmitir os princípios "participativos", cometiam erros de ordem tática, dos quais se referem no Documento acima citado:

"Foi sendo introduzido nas discussões um conteúdo social pela equipe do C.R.S. (p. exemplo o problema social da Doença de Chagas). Isto foi bastante criticado pois voltava-se à tentativa de internalizar conceitos com o discurso, ao invés de ser por um processo prática-reflexão". (pg. 3)

A primeira grande modificação surgiu a partir do 4º curso:

"...a atuação na forma de representação no Grupo de Decisão e ao final do curso a extinção da Coordenação.

Até aqui ao lado do Grupo de Decisão havia uma Coordenação com funções executivas designada pela Chefia do C.R.S. Ao final o Grupo de Decisão reivindica a autoridade sobre a Coordenação que passa a ser designada por ele.

Dentro do grupo, a representação do C.R.S. sofre alteração. Assim o grupo passa a se constituir de 4 votos com nº variável de representantes. Há um representante da chefia do C.R.S. com direitos a 1 voto, um representante dos monitores com direito a 1 voto, e dois ou mais representantes dos auxiliares com direito a 2 votos.

Os trabalhos se mostram mais produtivos pela adoção das sugestões de organização do curso anterior e com a preocupação de se conseguir melhor material de pesquisa". (pg. 3)

No 5º curso, foi introduzida uma alteração na disposição dos módulos de aprendizado:

"Antes o curso era disposto em um módulo de discussão teórica em Porteirinha seguido de estágio prático em Unidades de Saúde. Agora há quatro módulos: 5 dias de prática e observação em Unidades de Saúde; 20 dias de discussão teórica em Porteirinha; 7 dias de prática em Unidades e novamente 8 dias de discussão teórica no Centro de Treinamento.

Outro fato é a adoção em maior escala da representação teatral na discussão de determinados assuntos e mesmo de filmagens". (pg. 3 e 4)

Ao todo, foram treinados 276 novos auxiliares de saúde e reciclados 262. Do ponto de vista qualitativo, o grupo do C.R.S. ainda não dispõe de nenhuma avaliação pronta, devendo tê-la apenas em 1977. Até agora, segundo opinião unânime de todos, quem mais se beneficiou com os cursos foi a equipe do Centro Regional, que conseguiu estabelecer uma discussão constante sobre a técnica participativa de planejamento de saúde.

A maneira pela qual os auxiliares de saúde vêm desempenhando suas atividades já foi motivo de várias reuniões e seminários no Centro Regional. Ultrapassada a sua fase de implantação, o Programa verificou que o sucesso conseguido em vários aspectos pretendidos desde a sua instalação não correspondeu a igual êxito em outras atividades. Assim sendo, toda a equipe é unânime em afirmar que as metas de expansão da rede física de saúde - e, por conseguinte, da cobertura - foram atingidas, assim como o treinamento em massa de auxiliares de saúde com características bastante simplificadas. Por outro lado, não se pode dizer que tenha sido alcançada o que seria a mais original conquista do projeto, a chamada "participação comunitária", e a razão disso é o que tentaremos discutir nas seções que se seguem.

12. A Região de Saúde do Norte de Minas

A região de saúde do Norte de Minas compreende 46 municípios que abarcam uma extensão de 128.816 Km² e uma população to-

	<u>municípios componentes</u> : ...
	<u>População urbana</u> : ...
	<u>População rural</u> : ...
	<u>Total</u> : ...
AP 1 Bocaina	<u>municípios componentes</u> : Bocaina, São João do Poço, ...
	<u>População urbana</u> : ...
	<u>População rural</u> : ...
	<u>Total</u> : ...
AP 2 Francisco Sá	<u>municípios componentes</u> : Francisco Sá, ...
	<u>População urbana</u> : ...
	<u>População rural</u> : ...
	<u>Total</u> : ...
AP 4 Pirapora	<u>municípios componentes</u> : Pirapora, ...
	<u>População urbana</u> : ...
	<u>População rural</u> : ...
	<u>Total</u> : ...
AP 5 São Francisco/Bra sília de Minas	<u>município componentes</u> : São Francisco, Bra sília de Minas e Ubaí

tal estimada em 1.074.000 habitantes em 1975. Destes 46 municípios, 8 foram identificados como cidades-pólo, o que levou à divisão da região nas seguintes Áreas Programáticas (ver também Mapa I):

AP 1 Montes Claros	<u>municípios componentes</u> : Montes Claros, Capitão Enéas, Ibiaí, São João da Ponte, Mirabela, Coração de Jesus e Juramento
	<u>População urbana</u> : 113 057
	<u>População rural</u> : 110 602
	<u>Total</u> : 223 659
AP 2 Bocaiúva	<u>municípios componentes</u> : Bocaiúva, Claro dos Poções, Francisco Dumont, Itacambira, Engº Navarro, Augusto de Lima, Joaquim Pelício e Buenópolis
	<u>População urbana</u> : 23 626
	<u>População rural</u> : 63 062
	<u>Total</u> : 86 688
AP 3 Francisco Sá	<u>municípios componentes</u> : Francisco Sá, Grão Mongol, Botumirim e Cristália
	<u>População urbana</u> : 10 130
	<u>População rural</u> : 51 389
	<u>Total</u> : 61 519
AP 4 Pirapora	<u>municípios componentes</u> : Pirapora, Buriti-zeiro, Várzea da Palma, São Romão, Jequitai, Lassance, Lagoa dos Patos e Santa FÉ de Minas
	<u>População urbana</u> : 42 940
	<u>População rural</u> : 49 560
	<u>Total</u> : 92 500
AP 5 São Francisco/Bra sília de Minas	<u>município componentes</u> : São Francisco, Brasília de Minas e Ubaí

População urbana : 19 124
População rural : 101 348
Total : 120 472

AP 6 Januária

municípios componentes: Januária, Montálva
nia, Manga, Itacarambi e Varzelândia

População urbana : 35 932
População rural : 140 999
Total : 176 931

AP 7 Porteirinha

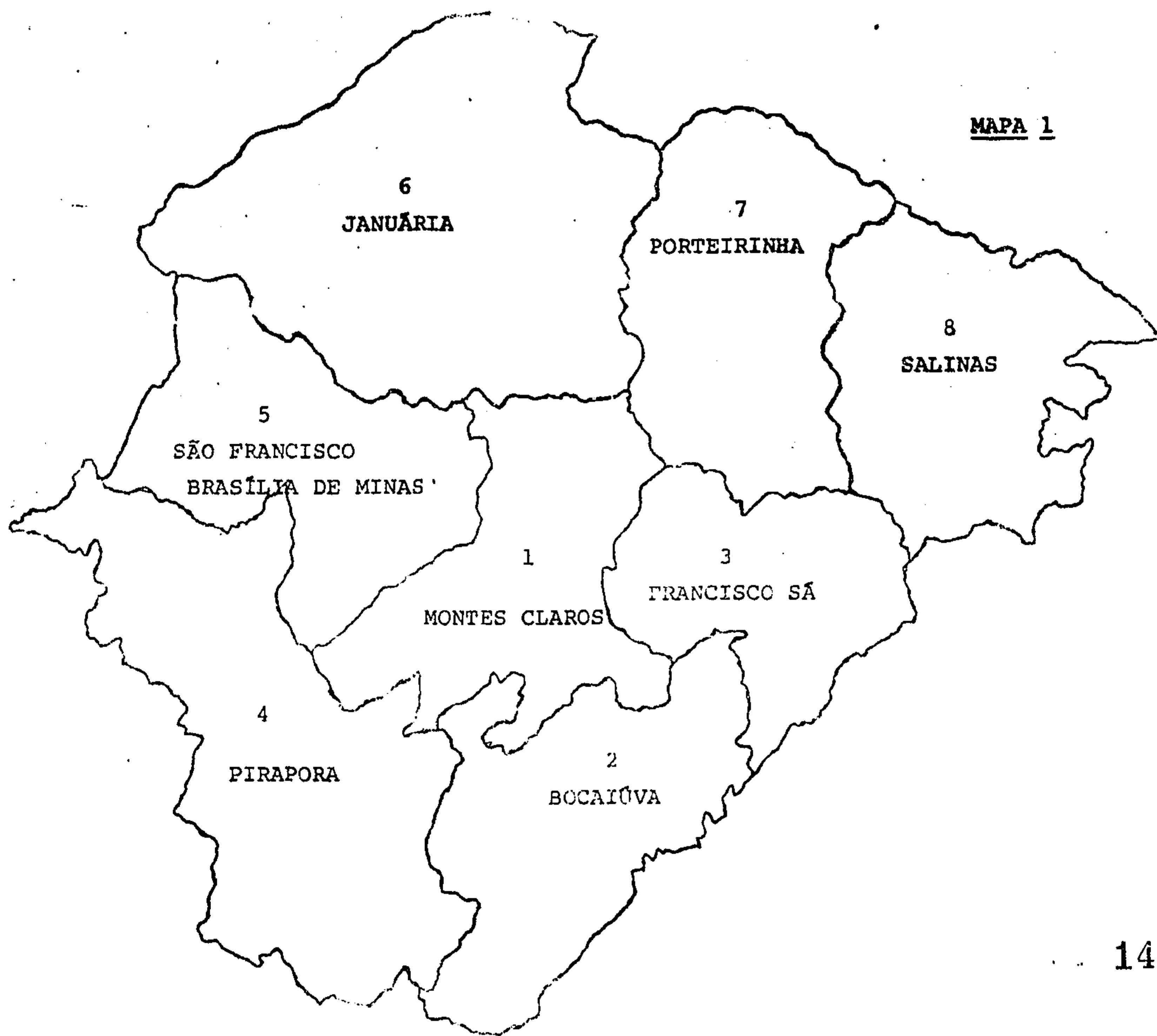
municípios componentes: Espinosa, Monte
Azul, Mato Verde, Porteirinha, Riacho dos
Machados e Janaúba

População urbana : 35 055
População rural : 139 567
Total : 174 622

AP 8 Salinas

municípios componentes: Salinas, Taiobeiras,
Rio Pardo de Minas, Rubilita e São João do
Paraíso

População urbana : 20 469
População rural : 122 481
Total : 142 950



MAPA 1

-71-

A Região Norte de Minas é esparsamente povoada e, segundo o Censo Demográfico de Minas Gerais para 1970, a densidade demográfica de cada uma das APs é a seguinte:

AP 1	Montes Claros	= 16,6	hab/km ²
AP 2	Bocaiúva	= 6,0	"
AP 3	Francisco Sá	= 6,0	"
AP 4	Pirapora	= 3,0	"
AP 5	São Francisco/Brasília de Minas	= 3,8	"
AP 6	Januária	= 6,0	"
AP 7	Porteirinha	= 15,0	"
AP 8	Salinas	= 9,0	"

Nesta mesma época, a densidade demográfica do Estado de Minas Gerais era de 19,58 hab/km². Apenas a área de Montes Claros e Porteirinha se aproximam da média estadual, sendo que as demais estão, na sua maioria, abaixo da própria média da Região em que se localizam. Além disso, cerca de 72% da população vivem em área rural. A distribuição etária para a área das secas de Minas aparece no Quadro II.

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO POLÍGONO DAS SECAS - ÁREA MINEIRA DA SUDENE - 1970

I D A D E	P. O. P. U. L. A Ç Ã O	%
0 - 4	162.926	16,88
5 - 9	155.783	16,14
10 - 14	134.848	13,97
15 - 19	112.276	11,63
20 - 24	84.360	8,74
25 - 29	62.866	6,50
30 - 39	98.244	10,18
40 - 49	68.408	7,09
50 - 59	44.909	4,65
60 - 69	25.080	2,60
70 e mais	14.095	1,46
Idade ignorada	1.526	0,16
T O T A L	965.321	100,00

Fonte: Censo Demográfico - 1970 - IBGE

Conforme se vê no quadro acima, cerca de 49% da população da área encontram-se na faixa etária considerada economicamente ativa, cerca de 47% estão abaixo de 15 anos e 4% fazem parte da população considerada idosa. O coeficiente de dependência - razão entre pessoas dependentes sobre pessoas ativas - é igual a 1,055, índice considerado bastante alto.

Deixando de lado os aspectos concernentes à população, tais como os tipos de ocupação e salários médios, fatos estes que serão discutidos na seção seguinte, a Região Norte de Minas é muito pobre no que diz respeito à infra-estrutura básica de serviços como ensino, rede de transportes, distribuição de água, rede de esgotos, etc.. Uma das grandes metas do projeto é, justamente, ampliar os serviços de água e esgoto, tarefas consideradas determinantes para a diminuição das altas taxas de mortalidade e morbidade da área.

No que se refere à distribuição de água, o relatório da SUDENE é bastante sucinto:

"Em termos da área como um todo, a demanda satisfeita não atinge 50%.
Infelizmente, informações sobre o volume de água tratada na região, importantes dados à relevância das doenças transmissíveis no quadro de mortalidade e morbidade da mesma, não estão disponíveis".
(pg. 56)

Quanto à rede de esgotos, a situação é considerada ainda mais grave. Segundo dados da SUDENE:

"Somente os municípios de Bocaiúva, Francisco Sá e Montes Claros são servidos por essa rede e ainda assim apresentam déficit de mais de 50% em relação à demanda existente". (pg. 56)

Quanto às taxas de mortalidade e morbidade, os dados são muito precários e nem todas as informações merecem confiança. Segundo o Prê-Diagnóstico realizado para a área, temos que:

"As informações disponíveis a este respeito são atestados de óbito, do ano de 1970, relativos apenas a uma parte de obituário regional e refletindo mais a mortalidade urbana (...) as maiores percen-

tagens... encontram-se nas faixas de idade de 50 anos e mais (36%) e em menores de 5 anos (37%), com grande concentração em menores de 1 ano (23%). Na sua maior parte são óbitos devidos a doenças transmissíveis (33%). Ressalta-se também a participação significativa das doenças de Chagas (97,0%) e da tuberculose (3,5%) nos mesmos.

Informação também importante é a de que 38,7% desses óbitos ocorreram sem assistência médica, o que reflete as más condições sanitárias da região e a inacessibilidade dos serviços médicos". (pg. 59)

Quanto aos dados de morbidade, temos para alguns municípios onde a Fundação João Pinheiro realizou estudos para o Pré-Diagnóstico:

"... as doenças infecciosas e parasitárias contribuem com 18,0% da demanda de hospitalização e com 47,8% da demanda de consultas médicas, comparando a esquistossomose e a doença de Chagas com altos índices de prevalência.

As principais causas de hospitalização são: parto, sem menção de complicação; complicações de gestação, parto e puerpério; acidentes, envenenamentos e violências; doenças transmissíveis por veiculação hídrica e/ou por alimentos, respiratórias agudas e cardiovasculares degenerativas". (pg. 59).

Quanto à rede de saúde instalada, a região conta com:

"... 27 hospitais... sendo que 10 destes (37%) localizam-se em Montes Claros.

A relação leito por 1.000 habitantes na Região é de 1/10, bem inferior à média do Estado (3/8-1964).

Quanto a ambulatorios, 35 Municípios desfrutam desse serviço médico elementar, sendo 25 dos mesmos mantidos pela Secretaria de Saúde e 10 pela Fundação SESP. (pg. 60)

A relação médico/habitante na região é de 1/9201, sendo que é)... 1/878 em Montes Claros, onde residem 53,9% dos médicos da área". (pg. 61)

Foi a partir desse precário contexto sanitário que o Programa de Saúde de Montes Claros começou a ser implantado, tendo como metas principais, conforme já foi visto, a ampliação da cobertura para cerca de 70% da população, a integração dos serviços de saúde da área e a simplificação dos cuidados, utilizando, para tanto, o treinamento de indivíduos oriundos do próprio local onde fossem

trabalhar. Além disso, o projeto previa a participação comunitária como um meio de ajustar mais rapidamente as necessidades da população à organização do sistema de saúde que lhe seria ofertado.

13. Histórico da Região. Características do Povoamento até os Dias de Hoje

Esta parte do país sempre foi escassamente habitada e as razões disso se prendem a fatores fisiográficos e às formas de povoamento que aí se deram. O fato de a região manter, até hoje, um quadro de população rarefeita se deve a fatores econômicos e políticos que determinaram o tipo de desenvolvimento e atenção que a Região Norte de Minas recebeu. Segundo dados da SUDENE contidos no Pré-Diagnóstico:

"São evidentes na região, as características de transição tanto para o Nordeste semi-árido, quanto para o Centro Oeste. Contudo, são mais relevantes as características transicionais tendentes à semi-áridéz, traduzidas tanto pelos indícios de condições paleogeográficas mais secas que as atuais, como pelo ritmo climático atual. Essas características são agravadas por aspectos hidrogeológicos particulares em que sobressaem os solos de elevada porosidade e fraca capacidade de retenção". (pg. 6)

"A estação seca, já bastante longa, tem seu rigor accentuado pelas características do sub-solo, o que termina inadequado suprimento de água às formações vegetais. Estas indicam claramente as condições climáticas e edáficas reinantes, traduzindo-se pela presença de matas secas, caatingas e cerrados, que refletem os diferentes aspectos das paisagens regionais dominantes, cada uma com formas de ocupação e gêneros de vida diferentes". (pg. 7)

"A depressão Verde Grande-Gorotuba e, mais nitidamente, a faixa cristalina que se estende de Porteirinha para o norte, marcam as semelhanças da região com o nordeste brasileiro". (pg. 7)

"As condições que exprimem a transição para o domínio semi-árido somam-se outras que colocam a região no médio São Francisco, no domínio do Gerais (...) grandes extensões quase planas que correspondem aos grandes chapadões escalonados em vários níveis e interrompidos apenas pelos vales. (...) A vegetação característica desses chapadões é o cerrado". (pg. 8)

"A sudoeste da região em estudo (Pirapora, Buritizeiro e Várzea da Palma) a Depressão São - Franciscana apresenta-se mais estreita. O relevo é mais compartimentado, aumentando em altitude a oeste, quando os calcários dão lugar aos arenitos que constituem as chapas, as quais, nesta área, muito se aproximam do leito do Rio São Francisco. O índice pluviométrico superior a 1100 mm, torna esta área a mais -úmida da região em estudo". (pg. 9)

O tipo de sub-solo desta área, ainda que não muito bem estudado, leva a supor a existência de algumas jazidas importantes, além das que já foram descobertas e se encontram totalmente esgotadas ou ainda em fase de aproveitamento. Segundo o Prê-Diagnóstico da SUDENE:

"Na faixa Januária-Itacarambi foram realizadas pesquisas pelo DNPM, em calcários do grupo Bambuí. Nesta faixa são registradas ocorrências de vanádio, zinco, chumbo e prata". (pg. 9)

(...) "Outras ocorrências de chumbo acompanham o Rio São Francisco, até as proximidades de Santa Fé de Minas". (pg. 9)

"Na Bacia do São Francisco ocorrem jazidas de calcário associadas ao Grupo Bambuí, com principais ocorrências em Bocaiúva, Montes Claros, Francisco Sá, Januária e Manga". (pg. 10)

"Na faixa e ocorrência dos pegmatitos constata-se a presença do berílio, acompanhado de quartzo, feldspato, mica, turmalina, águas marinhas, morganita e outros minerais acessórios. As principais ocorrências registram-se em Salinas (e) São João do Paraíso. Ocorrem também pegmatitos estaníferos em Salinas. O diamante ocorre nos produtos de desagregação do conglomerado Sopa, em Grão Mogol. Podem ser também lembradas as ocorrências de minério de ferro (Porteirinha, Rio Pardo de Minas), amianto (Salinas) e caulim (Salinas, Taiobeiras)". (pg. 10)

O povoamento dessa área está ligado à expansão dos currais - já que a terra era boa para o gado - e ao aparecimento, aqui e ali, de povoados que surgiam e desapareciam conforme a rota seguida pelos bandeirantes e outros aventureiros em busca de ouro, prata e diamantes. A criação de gado expandiu-se subindo o vale do Rio São Francisco até os Gerais.

"Imensas glebas indivisas foram destinadas à pecuária extensiva, que era a única finalidade econômica do povoamento, enquanto uma pequena lavoura desenvolveu-se apenas para o sustento das populações locais". (pg. 11)

"O tipo de pecuária à larga, que se implantou na região, foi o mesmo do nordeste. A grande propriedade de criação é ainda hoje dominante em quase totalidade da área e apenas algumas ilhas mais agrícolas merecem no momento destaque (...)" (pg. 11)

Onde foi possível a agricultura, plantou-se a cana de açúcar. Nas zonas criatórias, apareceram roças com plantio de algodão ao lado de plantações de feijão, milho e outros cultivos de subsistência. O cultivo da mamona vem, ultimamente, substituindo o do algodão.

A mineração encontra-se hoje bastante estagnada, não oferecendo, como antigamente, um elemento de atração ao povoamento. Apenas a área próxima a Salinas é considerada importante no setor da mineração; dela são extraídas grande parte das águas-marinhas e pedras semi-preciosas provenientes da região. Outra área que apresenta até hoje alguma atividade no setor da mineração é Grão Mogol.

Montes Claros, o pólo urbano mais importante da Região Norte de Minas, teve a mesma origem que tantos outros núcleos pastoris da área. O fato, porém, de contar com terras boas para a lavoura ao seu redor permitiu que a população aí se fixasse mais do que em qualquer outro lugar. No século XIX, Montes Claros já era um centro comercial importante de gado e minério.

Dada a sua posição privilegiada em relação à área de mineração, aos Estados da Bahia e de Goiás e ao Rio de Janeiro, na época a capital federal, Montes Claros passou, a partir de 1926, a ser um dos pólos servidos pela C.F. Central do Brasil. Graças ao papel que desempenhava como centro comercial de gado, Montes Claros pôde sobreviver, não sem abalos, à decadência em que mergulharam outras cidades que deviam sua existência ao transporte ferroviário quando este foi substituído pelas rodovias como principal meio de transporte do país.

A nova fase de expansão de Montes Claros - e também de toda a Região Norte de Minas - começou em 1968, quando foi implan-

tado um Distrito Industrial através de amplos benefícios da SUDENE. Pirapora é o segundo centro a receber incentivos na área industrial, tornando-se um pólo alternativo. Atualmente, segundo informe da SUDENE, Montes Claros apresenta duas funções no âmbito da região:

"Uma função tradicional que se apoia na coleta de produção agro-pecuária, atração de fluxos migratórios e de capitais gerados na região. Isto provoca um esvaziamento da região impedindo o aparecimento de centros intermediários entre Montes Claros e os pequenos núcleos dispersos na sua área de influência.

Uma função dinâmica representada pela concentração industrial e expansão dos equipamentos e serviços".
(pg. 15)

No período compreendido entre 1964/1975, os principais projetos aprovados e postos em execução através dos subsídios da SUDENE, para o setor primário, concentravam-se no ramo da pecuária bovina. Considerando apenas os projetos que realmente se efetivaram, isto é, que não caducaram ou foram desistentes, temos o seguinte quadro para o setor primário:

AP 1	Montes Claros	10 projetos em pecuária bovina 1 projeto em pecuária e agricultura 1 projeto em avicultura
AP 2	Bocaiúva	2 projetos em pecuária bovina
AP 3	Francisco Sá	2 projetos em pecuária bovina
AP 4	Pirapora	7 projetos em pecuária bovina 4 projetos em pecuária bovina e agricultura 1 projeto em cria, recria e engorda bovina
AP 6	Januária	12 projetos em pecuária bovina 1 projeto em pecuária bovina, suína e avicultura

AP 7	Porteirinha	10 projetos em pecuária bovina 2 projetos em pecuária de corte 1 projeto em cria, recria e engorda bovina 1 projeto em pecuária bovina e avicultura
------	-------------	--

Ainda no setor primário, outras entidades mostraram interesse no desenvolvimento agrícola da região, como foi o caso da CODAVASF e da RURALMINAS que estabeleceram áreas de colonização no Vale do Gorotuba para o plantio do algodão. (O Vale do Gorotuba está situado na AP 7). A VALE DO RIO DOCE REFLORESTAMENTO também investiu muitos recursos na região de Grão Mogol.

A expansão do setor primário, como quase todos os grandes investimentos financeiros da área aliás, foi iniciada a partir principalmente de 1968 e foi massivo até mais ou menos 1974. A agência local da EMATER, visitada por membros da pesquisa, referiu-se ao enorme contingente de "bóias-frias" que apareceram nos últimos anos na Região Norte de Minas, mencionando principalmente a região de reflorestamento. Entretanto, o fenômeno parece estar disseminado por toda a região, dado o tipo de expansão altamente canalizada pela qual se optou.

Tomando, por exemplo, o caso dos investimentos subsidiados pela SUDENE para todos os setores, temos uma boa ilustração de como se deu a política de desenvolvimento para a região. Levando-se em consideração apenas os projetos aprovados e realmente executados, isto é, deixando de lado os que caducaram ou foram desistentes, temos que o total de empregos criados para todos os setores, em toda a Região Norte de Minas, foi de aproximadamente 13.000, cifra que deve ser observada sobre 300.000 habitantes, número estimado da população ocupada (cerca de 45%).

No setor secundário, os subsídios da SUDENE beneficiaram 4 municípios da região, a saber:

AP 1	Montes Claros	27 projetos aprovados (setor alimentício = 3; roupas e tecelagem = 4; couro e calçados = 2; óleo industrial, sabão = 3; cimento 2 1; papelaria = 1; móveis = 1;
------	---------------	---

metalurgia leve e pesada = 5; eletrônica = 2; implementos rodoviários = 1; bicicletas = 2; pavimentação = 1; equipamentos de precisão = 1; indústria química = 1)

AP 2	Bocaiúva	1 projeto aprovado (setor da fiação)
AP 4	Pirapora	11 projetos aprovados (metalurgia = 3; construção civil = 3; setor alimentício = 3; roupas = 1; bebidas = 1)
AP 6	Januária	1 projeto aprovado setor agro-madeireiro)

No setor terciário os subsídios da SUDENE recaíram no ramo hoteleiro, favorecendo a construção de um hotel em Montes Claros e outro em Pirapora.

O setor primário, entretanto, continua sendo a principal atividade da área, absorvendo cerca de 75% da população ocupada, quaisquer que sejam as formas e contratos de trabalho. Segundo dados do Pré-Diagnóstico da SUDENE:

"...a área total dos estabelecimentos agropecuários da região é de 6.962.642 ha, observamos que apenas 4,8% se destina à atividade agrícola, sendo que 26,7% desta área está localizada naqueles municípios cuja predominância é a Agricultura". (pg.28)

As áreas que apresentam atividades agrícolas nem de perto se aproximam da importância econômica que têm as áreas destinadas às atividades criatórias, sendo que seu volume de produção é claramente complementar às outras atividades mais lucrativas. A AP 1 - notadamente Montes Claros e Coração de Jesus - destaca-se na produção de arroz, amendoim, cana, feijão, mamona e mandioca. A AP 3 (Grão Mogol, principalmente) destaca-se na produção de amendoim, arroz, cana e feijão. A AP 7 - Espinosa, Monte Azul e Monte Verde - destaca-se na produção de algodão, arroz, feijão, mandioca e milho. (Ver Mapa 2).

14. Características da População e Condições Gerais de Trabalho

Embora a Região Norte de Minas apresente um grande contingente populacional vivendo em área rural, observa-se, de uns anos para cá, uma diminuição relativa da população rural em relação à população urbana, como mostra o Quadro III:

QUADRO III

TAXAS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO DA POPULAÇÃO DA ÁREA MINEIRA DA SUDENE E DO ESTADO

PERÍODO	E S T A D O			ÁREA MINEIRA DA SUDENE		
	TOTAL	URBANA	RURAL	TOTAL	URBANA	RURAL
1950/60	2,42	5,50	0,90	3,20	5,50	2,50
1960/70	1,51	4,45	- 1,00	1,95	5,42	0,97

Fonte: Sinopse Preliminar do Censo Demográfico - 1960
Censo Demográfico - 1970 - IBGE

As razões do êxodo rural são explicitadas pela SUDENE que o atribui fundamentalmente à:

"... incapacidade do setor agro-pecuário em absorver a oferta crescente de mão de obra e pelas perspectivas de encontrar uma elevação do nível de vida nas cidades. No entanto, o crescimento industrial da área vem se processando lentamente, não tendo condições de ocupar esta população sem qualquer qualificação, que passa a disputar as oportunidades de emprego com a mão de obra disponível na cidade. O contingente que emigra passa de marginalizado no campo para marginalizado na cidade. Além do problema de marginalização, os migrantes passam a reforçar a pressão já existente sobre os serviços públicos: saúde, habitação, etc., que, dado o estágio de desenvolvimento da região, se apresentam deficitários".
(pg. 43)

A incapacidade do setor primário de absorver mão de obra, é entretanto, consequência natural de um tipo de desenvolvimento econômico que foi eleito para a área e que, além de contar com a participação do setor privado, contou também, como sempre ocorre nas atividades agrárias no país, com a ação do Estado como suporte para seus investimentos. Da mesma forma, no que se refere às atividades industriais, exceto uma ou outra atividade de caráter tradicional, a maior parte das empresas subsidiadas pelos órgãos estatais optou pela maior participação do capital para fins de produção, necessitando, assim, mão de obra reduzida e extremamente especializada, chegando mesmo a "importá-la" de centros como Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro.

De acordo com dados colhidos junto a vários órgãos localizados na região (SUDENE, EMATER, ACAR), bem como junto à população e aos funcionários de vários estabelecimentos, pudemos constatar a inexistência de uma política destinada a fixar o homem no campo. A própria implantação dos grandes estabelecimentos agrícolas levou, por si só, à expropriação de terras daqueles que viviam na área há anos, ainda que plantando para a subsistência. Além disso, a própria ênfase dada às atividades criatórias e de reflorestamento exigiram muito pouca mão de obra, sendo que o próprio trabalho de desmatamento foi e é feito mecanicamente.

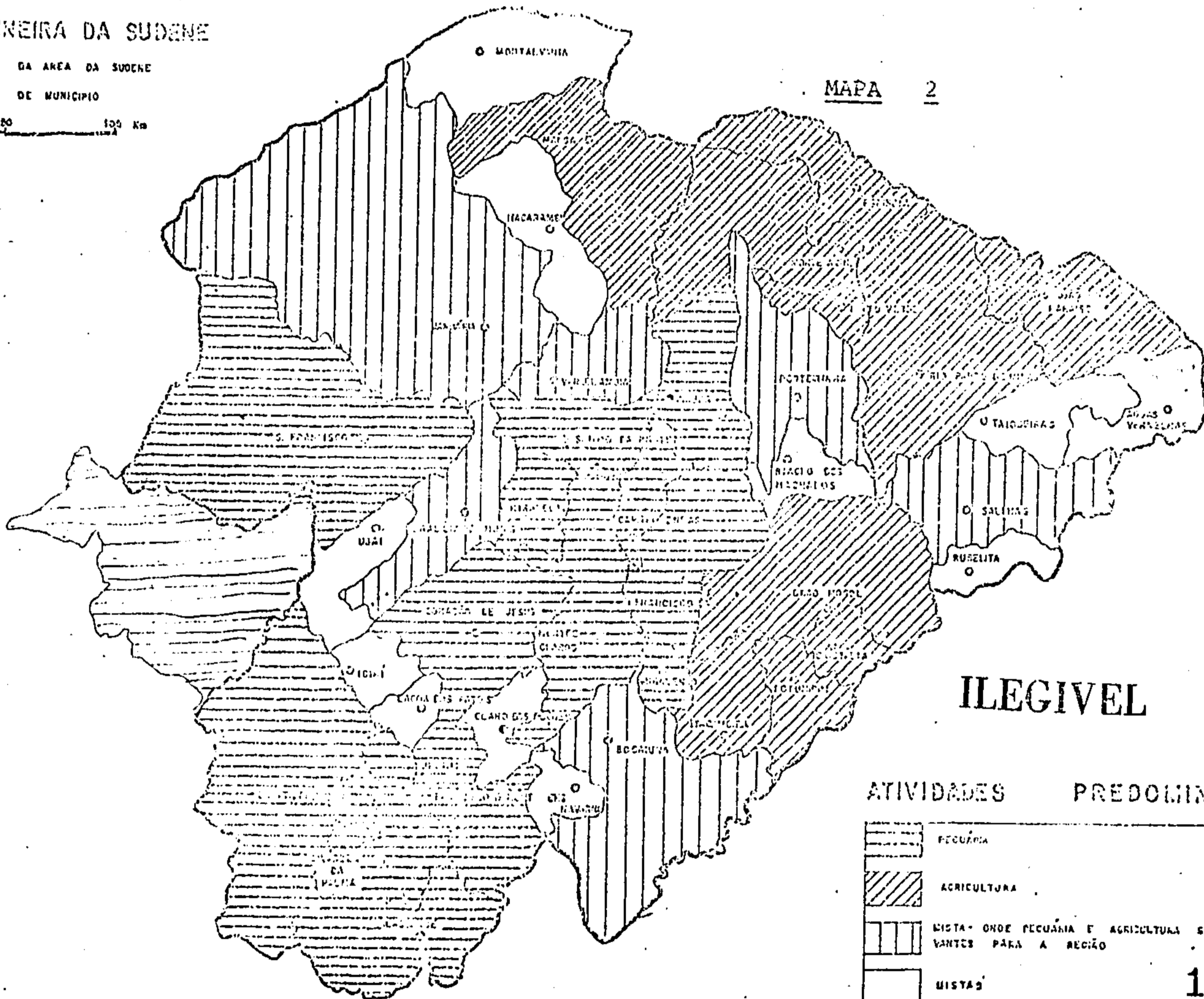
Quanto à política salarial, ela em nada contribui para favorecer as condições de trabalho no campo. O Professor Cornelis Van Stralen, que está coordenando uma pesquisa sobre a Região Norte de Minas e que tem feito um extenso trabalho de campo, referiu-se, em várias ocasiões, à diversidade de categorias que servem para denominar o trabalhador do campo e à flutuação de níveis salariais que se verificam na Região.

ÁREA MINEIRA DA SUDENE

----- LIMITE DA AREA DA SUDENE
 ———— LIMITE DE MUNICIPIO

0 50 100 Km

MAPA 2



ILEGIVEL

ATIVIDADES PREDOMINANTES

	PECUÁRIA
	AGRICULTURA
	MISTA - ONDE PECUÁRIA E AGRICULTURA SÃO RELEVANTES PARA A REGIÃO
	MISTAS

154

Entre as categorias que encontrou estão, por exemplo: parceiros, terceiros e meeiros; tratoristas (Cr\$ 150,00 por dia); trabalhadores assalariados diaristas, que podem ser aradeiros (... Cr\$ 30,00 a Cr\$ 50,00 por dia), "os que trabalham com inseticida" (Cr\$ 35,00), "a seco", isto é, sem alimentação, (Cr\$ 20,00 para tarefas comuns e Cr\$ 40,00 quando trabalham com arado) e que também são chamados de "peões rotativos" ou "trio", quando possuem o boi e o arado; "agregado", que recebe Cr\$ 450,00 por mês e que, apesar deste nome, apresenta, na verdade, as características de um assalariado, já que o lavrador desta categoria não tem as vantagens de morar na própria fazenda ou o direito de cultivar para a sua subsistência, condições estas que tradicionalmente encontravam-se associadas ao termo agrgado. (Aliás, segundo informações de peões trabalhando na área, a condição de parceiro também não oferece nenhuma autonomia quanto ao que se vai plantar. Dados preliminares da pesquisa do Professor van Stralen, realizados na AP 7, também corroboram este fato). Há ainda outras formas de contratar ou reunir trabalhadores para uma determinada atividade, como é o caso do trabalho familiar, em que todo o núcleo familiar entra no acordo.

Todas essas formas, evidentemente, são tratadas em separado e não há nenhum órgão ou associação que represente ou defenda os interesses do trabalhador rural nos contratos estabelecidos. Funcionários da EMATER e da RURALMINAS, assim como membros do Centro Regional de Saúde, referiram-se às dificuldades de qualquer organização dos lavradores, devido justamente à heterogeneidade de categorias existentes na área. Alguns sindicatos rurais que tentaram aceitar qualquer tipo de trabalhador rural acabaram desistindo, dada a alta rotatividade da mão de obra, à incapacidade de pagamento de mensalidades por parte dos associados e, conforme mencionou o Professor van Stralen, à própria regulamentação das categorias, como por exemplo os diaristas que, por darem conta da produção trabalhando 3 dias por semana, encontram muitas dificuldades para serem contratados pelas fazendas como assalariados ("agregados"), o que inclui o pagamento do sábado e do domingo além de outros encargos trabalhistas. Por outro lado, segundo nos declarou um auxiliar de saúde, o próprio lavrador prefere a condição de "peão ao dia"

que "ganhar por mês", já que neste último caso "ganha só uns Cr\$ 15,00 por dia" e no primeiro caso "chega até Cr\$ 50,00". Esta preferência, provavelmente, é apenas o recurso que resta ao lavrador diante da evidente política de rebaixamento de salários quando se trata de "agregados", categoria que não interessa muito ao proprietário e que deve ser desestimulada quando as condições assim o permitem.

A maior parte da população economicamente ativa encontra-se localizada no campo, sendo que a força de trabalho localizada nas áreas urbanas é ainda muito pequena e concentra-se principalmente em Montes Claros. Através dos empreendimentos subsidiados pela SUDENE no setor secundário da produção, criaram-se, em 10 anos, apenas cerca de 10.000 empregos, sendo que cerca de 8.000 são em Montes Claros. Este número, entretanto, é bastante pequeno se considerarmos a população que se deslocou para Montes Claros em virtude do desemprego crescente ocorrido no campo. A maior parte das pessoas está empregada no setor de serviços (empregadas domésticas, pequenas oficinas de consertos, comércio) ou então fazem parte do "contingente marginal" mencionado nos relatórios da própria SUDENE e da EMATER e amplamente divulgado pelos jornais em notícias, muitas vezes alarmantes, anunciando o aumento da violência, dos roubos e vadiagem na até então pacata Montes Claros.

O baixo nível de renda da Região Norte de Minas pode ser verificado se levarmos em consideração a renda média por domicílio para 1970, segundo dados do IBGE citados no Pré-Diagnóstico:

"... apenas dois municípios, Montes Claros e Pirapora, possuíam renda média por domicílio superior à média do Estado, a qual correspondia ao valor aproximado de Cr\$ 370,00. (...) Januária que vem logo em seguida àqueles municípios, ... apresentava uma renda média por domicílio aproximadamente igual a Cr\$ 341,00, estando, portanto, um pouco abaixo daquela referente ao Estado. Na faixa compreendida entre 50 a 75% da renda média domiciliar do Estado participavam 21 municípios, ou seja, 50% do total daqueles que compõem a área: os 18 municípios restantes, isto é, cerca de 43% do total, recebiam uma renda média por domicílio inferior a metade daquela relativa ao Estado". (pg. 49)

15. Como se Desenvolve o Modelo de Saúde

Implantar ou, melhor dizendo, inovar todo um sistema de saúde numa área como a Região Norte de Minas é tarefa difícil, dadas as condições gerais do local e da população. A equipe do Centro Regional de Montes Claros, bem como a própria Secretaria de Saúde do Estado, ainda que estivessem planejando um modelo sem nenhuma inovação, estariam às voltas com infindáveis problemas. Sendo, entretanto, um projeto que tenta resgatar formas espontâneas e autóctones de participação da própria população em tudo que se refere às formas de organizar e fornecer atenção à saúde, é um empreendimento ainda mais complexo e que, por isso mesmo, não se pode dizer que já tenha atingido todas as metas desejadas.

Nas seções seguintes deste trabalho tentaremos, da melhor forma possível, tecer algumas considerações sobre o que pudemos observar e analisar do programa, esperando, com isso, estar contribuindo para o notável esforço que o pessoal de saúde local já vem realizando.

De certa maneira, nas partes iniciais do trabalho já fizemos algumas considerações sobre como vêm se dando a cobertura e a integração dos serviços. Nesta parte final, gostaríamos de nos deter nos aspectos mais particulares e inovadores do programa que dizem respeito, principalmente, à idéia de participação comunitária e à utilização do auxiliar de saúde oriundo da própria área, analisando, ainda que de forma muito breve, a significação e o impacto que tem um projeto como este em determinada região do país.

16. A Heterogeneidade das Práticas

Durante as visitas e discursões que mantivemos com o pessoal do Centro Regional de Saúde e durante as viagens que fizemos pela Região Norte de Minas para verificar como o Sistema Integrado de Saúde estava se desenvolvendo, verificamos a existência de práticas heterogêneas no interior do Projeto. Nossas impressões, é importante ressaltar, baseiam-se principalmente nas atividades a nível de Módulo Básico (Unidade Ambulatorial - UA - e conjunto de

Unidades Auxiliares de Saúde - UAS - que lhe correspondem), nível que estava sendo privilegiado até fins de 1977.

Os próprios membros da equipe do Centro Regional de Saúde admitem que está sendo difícil, na prática, levar a cabo todos os princípios que os orientam na confecção do projeto e no treinamento dos auxiliares de saúde. Entre os aspectos que estão afetando o pleno desenvolvimento dos ideais contidos no Projeto, citaríamos os seguintes:

1) Diferença no tempo de implantação do Sistema Integrado de Saúde

Um aspecto que chama a atenção no Projeto Montes Claros é a existência de distintos tempos quanto à implantação do Sistema de Saúde na Região Norte de Minas. Existem regiões em que a implantação do sistema encontrava-se bem avançada, em contraposição com outras áreas, onde a instalação das unidades físicas encontrava-se em estágio ainda bem atrasado.

Embora tal defasagem estivesse prevista, é fato que houve muitos contratempos e vale a pena nos determos um pouco neles, principalmente naqueles fatores que estão intimamente ligados à forma pela qual se estrutura a política local. Seria, na verdade, impossível discutir este ponto sem recordar que estamos nos referindo a uma área de país onde ainda sobrevivem rancos de "coronelismo".

A implantação da rede física fazia parte do convênio assinado entre a Secretaria de Saúde e as Prefeituras. O financiamento seria liberado pelo Governo Estadual para a Secretaria da Saúde, e as unidades seriam construídas em locais previamente selecionados pelo governo local e por técnicos do Centro Regional em Montes Claros. Na prática, é o maior ou menor empenho das prefeituras em fazer cumprir o acordo que pesa nos atrasos verificados, ainda que a maior parte dos prefeitos se queixe da não liberação de verbas, da falta de vontade dos auxiliares ou da preferência que o Centro Regional dá a certos municípios em detrimento de outros.

O Centro Regional nega que as verbas tenham sido retidas. O máximo que aconteceu foi o atraso na liberação das verbas em alguns períodos, por razões burocráticas, e nada mais. Quanto a ale

gação de que o Centro dá mais atenção a determinados municípios, de fato isto às vezes acontece, seja porque o Auxiliar de Saúde procura mais o Centro Regional, seja porque o prefeito mostre maior empenho em contatar o Centro. No entanto, o que realmente tem afetado a implantação do Sistema são fatores de ordem mais local que dizem respeito às relações entre Prefeito/Povoado e Prefeito/Auxiliares de Saúde. No primeiro caso, ocorre que muitos prefeitos de sejam mudar o antigo lugar que havia sido determinado para receber a Unidade Auxiliar de Saúde ou então aumentar o número de Unidades. Embora os antigos locais tenham sido designados de acordo com certos princípios e prioridades do Centro Regional e da Secretaria, a sua escolha envolveu também negociações a nível da política local. Mas o fato é que depois que foram feitas as primeiras escolhas houve pelo meio, uma eleição que, no caso particular da Região Norte de Minas, veio mudar bastante o panorama político: 80% dos municípios elegeram prefeitos que se encontravam na oposição (ainda que da ARENA), dos quais 3 pertenciam aos quadros do MDB.

Assim sendo, os atuais prefeitos tentam, de alguma forma, constituir UASs em povoados que lhe são mais leais, pensando que a antiga escolha foi também por essa razão. Muitas das visitas que fizemos, acompanhando membros do Centro Regional, foram justamente para convencer os prefeitos de que a escolha prévia dos locais haviam obedecido a razões que tinham que ver com distância, número de habitantes, necessidades da população, etc..

Com os auxiliares de saúde acontecia o mesmo. A indicação para ser treinado fora feita pela antiga administração e, ao mudar o prefeito, houve inúmeras tentativas de mandar gente embora, transferir ou simplesmente sabotar o desempenho das tarefas através de expedientes tais como não alugar um local para servir como posto provisório, dificultar transporte de doentes e medicamentos, dificultar qualquer ajuda financeira ou em espécie, etc. Por outro lado, havia casos de auxiliares de saúde que antagonizavam os prefeitos recém-eleitos em virtude da lealdade que diziam ter pelo anterior. Uma das tarefas dos supervisores do Centro Regional, por exemplo, era efetuar a conciliação entre essas duas partes, o que nem sempre era fácil.

O pessoal do Centro Regional de Saúde formulou uma política a ser seguida no trato desses assuntos, durante o 1º Seminário sobre Supervisão realizado em Porteirinha (mimeo, em maio de 1977). O Documento diz o seguinte:

"As eleições municipais... trouxeram modificações no quadro político de forma que em considerável quantidade de municípios a administração anterior foi substituída por seus opositores.

Em consequência disto muitas pressões se fizeram em cima dos órgãos públicos que atuam na região (entre eles o CRS) para que seus funcionários em nível municipal fossem substituídos de acordo com os novos interesses políticos eleitorais.

Como as diretrizes do projeto não são ainda uniformemente percebidas por todos os funcionários do CRS, as orientações dadas às relações com as Prefeituras, são individuais e às vezes até contrariam os interesses dos serviços. Há, portanto, necessidade urgente de se tornar claro para todos as diretrizes que permitirão alcançar os objetivos gerais dos "Sistemas Integrados de Serviços de Saúde do Norte de Minas".

Deve-se, por exemplo, compreender e se aproveitar do interesse que terão os Prefeitos em apresentar a imagem de uma boa administração e do quanto pode colocar nisso o desempenho dos serviços de saúde; e outra idéia será de se conseguir a participação das Prefeituras em Seminários, encontros e estudos sobre o Projeto para melhor informá-los e garantir seu comprometimento e apoio efetivos.

Há necessidade também de definir uma estratégia para alocação de recursos que considera seu melhor aproveitamento; (por exemplo concentrar mais recursos onde se obtenha mais apoio local).

Finalmente, é sumamente importante a participação do pessoal local nos contatos com as Prefeituras de tal modo, que eles possam ser reconhecidos como representantes municipais do CRS". (pg. 6)

2) Nível associativo pré-existente

Parece ser uma constante que, nos lugares onde pré-existam às atividades de saúde determinados níveis associativos (por parte da população) e nos casos em que os auxiliares de saúde apresentavam uma experiência, ainda que pequena, de trabalho com grupos da população, era possível notar um trabalho mais participativo e um esforço maior por parte da equipe de saúde, de levar a ca

bo as idéias inovadoras contidas no projeto de saúde para a Região Norte de Minas.

Em algumas localidades visitadas (Taioveiras, Salinas, Janaúba e Nhandutiba, por exemplo), onde os auxiliares de saúde já vinham desenvolvendo algum trabalho em grupos de reflexão da Igreja, o peso das lideranças religiosas nos pareceu decisivo na configuração dos padrões participativos - ou tendentes a isso - aí encontrados. Tais padrões superam, muitas vezes, o nível de execução das tarefas que devem ser cumpridas, supondo formas incipientes de planejamento de ações.

A forma pela qual o Centro Regional de Saúde de Montes Claros absorveu estas iniciativas ainda não está muito clara, sendo este um ponto atual de discussão entre os membros da equipe. Coexistem várias tendências de interpretação e conduta: uma delas considera tais atividades ainda pouco expressivas, uma vez que os padrões sobre o que seria uma ação participativa se expressam, na maioria das vezes, através da maior ou menor capacidade de mobilização por parte do auxiliar para realizar reuniões e encaminhar reivindicações utilizando um grupo sobre o qual ele tenha certo domínio ou influência. Ou seja, mesmo nesses casos não se pode dizer que é a população que está se "expressando" através de vários meios e representantes sobre aquilo que deseja para si no setor saúde. Antes, é um grupo específico que se vê alçado à posição de ser "ouvido" através da seleção de um de seus membros para ocupar um cargo no interior do sistema de saúde da área. Em outras instâncias a conduta se altera: mesmo com algum nível de crítica presente, o Centro Regional assume as atividades empreendidas por estes auxiliares, por assim dizer mais "inovadores", e convoca-os para reuniões e seminários em que o Projeto Montes Claros vai ser discutido.

Atualmente estas práticas estão tendendo a ser mais sistematizadas, de forma a que as várias experiências não se esgotem antes de serem bem avaliadas. No momento, uma das preocupações do projeto parece ser a discussão sobre o impacto destas ações, por parte dos próprios auxiliares, para a estruturação dos futuros treinamentos e a organização da ação de outros auxiliares.

3) Apoio Institucional e apoio por parte de outros grupos

É justamente nos locais onde o poder local oferece um sólido apoio institucional que o programa de implantação do Sistema Integrado de Saúde apresenta melhores resultados (pelo menos quanto ao funcionamento de Unidades e às relações com o pessoal de saúde, além de facilidades de transporte e outros tipos de serviços), ainda que isto não seja significativo para o atendimento que a população vem recebendo ou para eventuais melhorias do seu nível de vida. Esse apoio institucional, se não comporta um aparte no plano especificamente técnico que tem a ver com índices de morbidade e mortalidade, por exemplo, adquire relevância na medida em que legitima determinadas lideranças e ratifica certas prioridades apontadas pelo Centro Regional.

Nos casos onde isto não acontece, o poder local se mantém alheio ao trabalho em saúde (atitude difícil, dada a expressão econômica do mesmo e a relativa pobreza das prefeituras da região) ou então coloca obstáculos à realização das metas do Centro Regional, muitas vezes apelando para estratégias locais ou para influências que possa ter na capital do Estado ou em Brasília.

O comportamento das prefeituras pesa muito nos resultados finais, já que nesta fase do programa elas mantêm uma proximidade muito grande - maior até do que outras instituições tipo FSESP ou INPS - não só com o próprio programa como com o auxiliar e a população. Essa relação é mais estreita do que, por exemplo, a relação mantida pelo Centro Regional de Saúde, cuja supervisão até então (1977) havia sido feita esporadicamente. A influência das prefeituras é facilitada pela própria ação do Poder Legislativo que, na maioria das vezes, não oferece resistência aos encaminhamentos dados pela prefeitura (leia-se grupo de poder local).

Outro grupo importante é o grupo de profissionais médicos, cuja atitude vai definir o padrão de conduta adotado pelo auxiliar de saúde, caracterizando a sua prática. Estamos falando, é claro, de casos em que estes dois tipos de profissionais chegam a atuar juntos. Nos locais onde atua um profissional médico, é o seu maior ou menor comprometimento com o projeto que faz com que as atividades do auxiliar sejam mais ou menos voltadas para os cuida-

dos primários, disponham de maior ou menor autonomia de decisões ou permaneçam mais tempo dentro ou fora das USAs e UAs.

Observa-se uma tendência a um maior contato com a população nas UASs - onde quase nunca está presente a figura do médico - do que nas UAs, onde ele é encontrado com mais frequência. Nas reuniões de Módulo Básico a que comparecemos, era muito interessante verificar a atuação dos auxiliares de saúde das UASs e, sobretudo, os das UAs que pareciam bem mais ativos e reivindicativos, ainda que fosse a respeito de assuntos bem específicos, referentes quase sempre às suas dificuldades e às condições de suas UASs. Os demais, exceto alguns casos, mostravam-se bastante submissos à figura do médico e voltados apenas para a consagrada noção de "curar" os pacientes.

Ao se fazer uma avaliação geral dos locais visitados e das informações que nos foram prestadas tanto pelos auxiliares quanto pelos membros da equipe do Centro Regional, vê-se que o auxiliar de saúde ocupa, num projeto como esse, uma posição bastante delicada. Ele é o agente que sofre, mais do que qualquer outro, o impacto das várias instituições e grupos presentes na localidade em que atua, elementos estes nem sempre com interesses coincidentes. O que ocorre - ou pelo menos assim nos pareceu - é que ele acaba por se ver dividido, sentindo necessidade de sustentação em algum nível. Ou seja, vê-se praticamente na contingência de ser leal e prestar contas a duas ou mais racionalidades presentes no desempenho de suas tarefas, o que torna a sua situação muito ambígua. Por um lado, está a prática a ser desempenhada de acordo com as normas estabelecidas pelo Centro Regional e, por outro, uma prática outra, mais de acordo com as influências locais ou mesmo com tendências próprias, pouco supervisionada pelo Centro, cuja presença, por razões de escassez de pessoal face a um território tão amplo, se faz sentir de forma esporádica na figura de um supervisor. Se este fato dificulta a ação simplesmente técnica do auxiliar, é fácil imaginar as consequências que traz às tentativas de participação comunitária, que são ações de caráter bem mais complexos.

No documento referente ao Seminário de Porteirinha (mimeo, 1977) o pessoal do Centro Regional de Saúde apontou a relação entre o Centro, o módulo básico e a população como um dos pontos a

serem redimensionados e carentes de uma política mais clara de ação. Afirmam que:

"As relações entre o CRS e o módulo básico muitas vezes tem produzido a relação entre CRS e a Secretaria, o mesmo se dando entre as relações de UA e UAS.

Há uma separação marcante entre tarefas de supervisão (grupo de coordenação) e tarefas de execução (auxiliar de saúde). Isto faz com que a relação entre o grupo de coordenação e as auxiliares se torne uma relação autoritária e fiscalizadora. (...) Isto também é dificultado pelo fato de que as visitas de supervisão em geral têm objetivos muito específicos (seleção, implantação do sistema de informações, etc.), não se fazendo uma avaliação do trabalho para ver em que medida o trabalho atende às necessidades reais da população possibilite a ela adquirir condições de assumir 'seus negócios'.

Soluções que dizem respeito às unidades são tomadas à revelia destas, como acontece de uma maneira geral em relação à população considerando que a participação exige a quebra da separação entre tarefas de execução e tarefas de supervisão, torna-se necessário encontrar caminhos para as UA e UAS participarem nas tarefas de supervisão. Será interessante, assim, que todas as pessoas do CRS da UA e UAS sejam treinadas no sentido de saberem assumir as tarefas técnicas e administrativas.

Sempre que houver conflito entre o CRS e Prefeituras, Prefeituras e Unidades e entre unidade e o povo, deve prevalecer os interesses do projeto definidos nas diretrizes da Política Estadual de Saúde". (pg. 7)

4) A concentração/dispersão da população. Efeitos da estrutura fundiária

Conforme vimos em outra parte deste trabalho, o elevado nível de dispersão da população em toda a Região Norte de Minas reflete, ainda que de forma indireta, a estrutura fundiária aí vigente, caracterizada pela quase inexistência de pequenas propriedades, assim como a estrutura produtiva, constante dispensadora de mão de obra.

Esta situação, que caracteriza o processo de modernização ocorrido na área, não deixa de constituir um obstáculo ao trabalho pretendido no campo da saúde, por razões que variam desde a distância e a dispersão da população em relação às UAS e UAs até

problemas relativos à instabilidade empregatícia apresentada pelos lavradores. Conseguir a participação comunitária num contexto assim é bem complexo, exigindo uma formação e uma amplitude de ação que praticamente nenhum auxiliar tem.

As únicas experiências capazes de mobilizar a população que nos foram relatadas ocorreram em áreas rurais com predominância da economia de subsistência e onde a população estava concentrada como é o caso, por exemplo, de Nova Matrona.

5) Relações internas do sistema de saúde local

Como já foi mencionado anteriormente neste trabalho, as experiências que envolveu a população, ainda que não possam ser consideradas como absolutamente "participativas", se fazem sentir mais a nível das UASs do que das UAs, notadamente quando aquelas contam com bom apoio técnico destas últimas ou diretamente do Centro Regional (em relação a fornecimento de material, por exemplo), ou então das prefeituras das quais dependem (em relação a transporte e facilidades com respeito a reciclagem, idas ao Centro Regional, etc). Tais experiências são facilitadas quando as UASs dispõem de autonomia para decidir sobre as atividades educativas (caso de Salinas e Taiobeiras, por exemplo). Nos casos de incapacidade por parte da UA de apoiar suas respectivas UASs, o que se tem é a paralisação das atividades educativas, mesmo as mais tradicionais, como o caso de saneamento, higiene ambiental, etc., como foi verificado nas reuniões de Módulo Básico, através das queixas dos auxiliares de saúde. A presença ou não de um auxiliar de saúde dinâmico altera o quadro dos acontecimentos nas diversas localidades onde o sistema já se encontra implantado.

As atividades educativas nas UAs que contam com médicos, como já foi apontado, se vêem bastante prejudicadas, já que nesses casos o auxiliar de saúde, via de regra, preenche um espaço dentro de uma divisão de trabalho definida em moldes hierárquicos bem tradicionais. Nas UASs, pelo contrário, não existe tal configuração hierárquica rígida, tecnicamente delimitada, havendo, portanto, espaço para que se criem situações em que o auxiliar apareça, quando tem condições, como "líder" da comunidade, podendo aproveitar si-

tuações locais, concretas, para desenvolver, junto com a população, um trabalho educativo permanente.

Assim sendo, podemos afirmar que as atividades das UAs estão, pelo menos até o momento, voltadas mais para a saúde individual, enquanto que as atividades das UASs parecem oferecer mais possibilidades de assumirem um caráter de atenção coletiva, bem mais educativa, que se acentua ainda mais quando podem contar com o apoio da respectiva UA, do Centro Regional e da prefeitura à qual o povoado está subordinado. Cada vez que um desses nexos se corta, quando o Centro Regional fica sem vacinas, as UA sem meios de enviar e distribuir medicamentos ou qualquer outro material para as UASs ou quando a prefeitura se recusa a colaborar com transporte, por exemplo), o contato entre população e auxiliar de saúde se interrompe quase que imediatamente. Segundo declarações de vários auxiliares, eles se sentem enfraquecidos em seu papel junto à comunidade, constantemente enferma e necessitada, que os acossam, exigindo medicamentos, curativos e vacinação. Esta interrupção, quando se produz, deixa-nos com a impressão de que o problema reside justamente na tentativa de impor um padrão técnico absoluto (negado no discurso da equipe do Centro Regional) que implica uma negação da autonomia técnica do nível mais baixo (desejo expressado, também, no discurso da mesma equipe do Centro Regional).

6) A incidência das relações de produção sobre a participação comunitária

A partir da caracterização sócio-econômica da Região Norte de Minas, distinguimos áreas que correspondem, em grandes linhas, à áreas de expansão econômica e áreas de estagnação. Estão entre as primeiras as zonas de reflorestamento, as de grandes investimentos agro-pecuários, as de mineração ainda ativas e as de industrialização. Entre as segundas, estão as zonas tradicionais de cultura agrícola, onde ainda se pode encontrar pequenas propriedades e cultivo de subsistência.

Nas áreas de expansão, acompanhando o desenvolvimento econômico, assiste-se à criação de um mercado médico, com a ampliação de organismos públicos e privados de saúde e aumento do número de profissionais médicos. A própria racionalidade deste mercado de

trabalho, baseada na medicina de reparação e com fins lucrativos, caracterizando-se por uma rígida hierarquização em que predomina a figura do médico, conspira contra a possibilidade da população participar na organização da atenção à sua saúde através dos seus agentes, os quais, frequentemente, passam a ser enquadrados em normas burocráticas paralizantes, típicas do funcionamento de um serviço tradicional.

A situação que caracteriza a Região Norte de Minas como um contexto em expansão econômica nos leva a pensar no aparecimento de conflitos e questões trabalhistas que acabarão por levar à criação de órgãos de classe para os trabalhadores. A rigor, estas seriam as organizações mais significativas da população desta área, ou seja, as que mais teriam a ver com as questões fundamentais surgidas da produção. Nesse caso, a participação comunitária em saúde deveria ser redimensionada quanto aos seus propósitos, perdendo o sentido de único veículo convocatório que hoje em dia é pretendido, ainda que implicitamente, nos documentos do Projeto. A forma como a participação comunitária viria a se articular com organizações mais dinâmicas e mais amplas ainda não é um ponto de discussão entre os membros do Centro Regional de Saúde.

A existência de áreas em expansão e áreas estagnadas - e não estamos aqui conceituando formas duais de economias locais, mas simplesmente descrevendo de forma simplificada uma dada área - apresenta, ainda, reflexos sobre o sistema político, conforme mencionamos em outra parte desse trabalho. Nas áreas que chamamos de expansão assiste-se à coexistência de grupos ligados ao capital industrial com grupos representantes das antigas oligarquias agrícolas. Tal situação é conflitante em muitas áreas. A saúde, como expressão do marco político-econômico local, pode ter conotações diferentes segundo a área. Caberia, talvez, ao grupo do Centro Regional estabelecer já uma política de ação, de acordo com a especificidade de produção de cada uma das APs em que atua, tentando entender as relações e as contradições entre a velha e a nova ordem de coisas. Isto, de certa forma, levaria os membros do Centro Regional a saírem daquela posição anteriormente referida de "voltados para si mesmo" constantemente buscando soluções a nível do bom entendimento interno e da racionalidade do serviço.

7) As relações entre o Centro Regional e a Secretaria de Saúde

Uma das causas do não cumprimento pleno das metas propostas nos documentos iniciais do projeto reside, segundo várias fontes, inclusive o documento de Porteirinha (mimeo, 1977), na própria rigidez da Secretaria da Saúde que não conseguiu, até o momento, levar a cabo a proposta de descentralização que norteou toda a proposta de regionalização para o Estado. Isto faz com que certas tarefas, principalmente aquelas que dizem respeito a finanças, distribuição de materiais para as unidades da área e grande parte dos aspectos relativos ao setor de pessoal vejam-se emperradas a nível central.

O setor que conseguiu maior autonomia, segundo os próprios membros do Centro Regional, foi o técnico, que contém o quadro de supervisores e monitores, mas assim mesmo com limitações. Vejamos o que dizem no documento de Porteirinha:

"...existe a impressão de que esta autonomia é pouco institucionalizada e depende em parte do poder de barganha do chefe do CRS, de tal forma, que no caso de uma eventual substituição não haja garantias suficientes de uma continuidade desta autonomia (...).

A ausência de uma política real de descentralização por parte da Secretaria, que daria maior autonomia ao CRS, manifesta-se também no fato de que são dificultadas as relações horizontais entre os CRS (o CGA mantendo contatos apenas verticais: CRS - Secretaria). Tem-se a impressão de que os contatos estabelecidos pela Secretaria entre os CRS têm mais o objetivo de padronizar normas de ação do que favorecer uma maior participação dos CRS no nível de decisão.

Esta ausência também faz com que a atitude da Secretaria em relação ao Projeto de Montes Claros seja contraditória: por um lado... divulga positivamente o Projeto, mas por outro lado nem sempre dá condições suficientes para levá-lo para frente, impedindo uma maior autonomia do CRS. Existe a impressão de que alguns setores da Secretaria apoiam a descentralização enquanto outros setores a combatem por meio (leia-se medo) de perder poder. Os interesses da Secretaria no projeto se orientam aparentemente, mais para o produto final, interessando para (ela) "resultados quantitativos", muito mais que o processo "mudanças qualitativas" que dizem mais respeito à população". (pgs. 5 e 6)

A nosso ver, embora algumas das queixas do Centro Regional estejam absolutamente corretas, elas falham por uma certa ingenuidade política. O trabalho do grupo mais inovador a nível da Secretaria da Saúde teve um papel importante no sentido de abrir um espaço de ação para as novas propostas no campo da saúde. Cabe agora, aos grupos interessados aprofundar as contradições e alargar este espaço a nível local. Seria interessante que os membros do Centro Regional refletissem sobre duas questões referentes às relações com a Secretaria da Saúde: 1) as causas econômicas e políticas que estiveram subjacentes ao processo de implantação do atual Projeto da Região Norte de Minas; 2) as várias correntes sobre políticas de saúde que coexistem no interior da Secretaria da Saúde e o impacto que têm nas concepções relativas à regionalização, descentralização e participação.

Na primeira questão, estaria envolvida uma análise que tentaria entender as primeiras tentativas, em 1972, de estabelecer um projeto de saúde mais de acordo com as linhas "controlistas" (caso do projeto USAID/Tulane/Faculdade de Medicina de Montes Claros), e que apresentavam mais afinidade com o projeto de expansão econômica que atingiu a área. Esta linha "economicista", por assim dizer, tinha muito que ver com a onda do "milagre econômico" que varreu o país e atingiu todos os setores, imprimindo uma racionalidade de custo/benefício ao setor de serviços. No caso particular da Região Norte de Minas este projeto, pelo menos no campo da saúde, falhou, vindo a ressurgir, enquanto questão saúde, sob o manto de uma proposta de caráter essencialmente político: a regionalização, descentralização, simplificação e participação no interior do sistema de saúde. Esta reformulação deve estar relacionada com uma reorientação da Política Social expressa pelo IIº PND e talvez com o impacto dos resultados das eleições de 1974.

Quanto às diversas correntes que coexistem a nível da Secretaria da Saúde, já fizemos na primeira parte deste trabalho uma breve menção aos vários grupos que aí funcionam, ficando claro que duas grandes linhas determinam a política de saúde para o Estado: por um lado o grupo inovador, representado pelo GTC, fundamentalmente. Por outro, os grupos mais tradicionais, representados no interior do GCA em sua grande maioria. Entender estes grupos como

simples agrupações de técnicos não corresponde à verdade. Trata-se, no fundo, de setores políticos que aí se encontram representados e assim devem ser tratados.

Acreditamos que os membros do Centro Regional estão atentos a estas questões e, segundo nos informou seu atual diretor, o ano de 1978 se caracterizará por ser um ano de profundas avaliações do modelo, inclusive das implicações econômicas, políticas e sociais nele contidas.

17. Hipóteses Finais

Uma hipótese que se nos apresenta claramente é a da existência de um constante conflito envolvendo dois tipos de conduta, duas concepções de oferta de saúde à população. Temos, de um lado, uma certa homogeneidade no que diz respeito à participação comunitária - ou melhor dizendo, homogeneidade quanto ao discurso sobre a participação comunitária - e às técnicas selecionadas para implementá-la (treinamento e supervisão). Por outro lado, uma certa heterogeneidade relativa às situações locais que incide diretamente nas práticas dos auxiliares de saúde. Tais situações envolvem os mais variados elementos, cujo estudo aprofundado faz-se cada vez mais necessário para o pessoal do Centro Regional, notadamente o grupo mais comprometido com as idéias de participação comunitária. Isto se torna ainda mais imediato quando se nota que a resolução dos conflitos, via de regra, se resolve a favor do nível local, onde estão presentes, de um lado, a população com suas necessidades, e o peso que ela tem para a solução deles e, de outro, o poder político e econômico e seus interesses.

Além disso, não podemos nos esquecer do tipo de escolha que determina qual o indivíduo que deverá se tornar auxiliar de saúde, que é feita localmente e define, em grande parte, os resultados do conflito por nós mencionado. Esta hipótese deixa entrever que toda e qualquer forma de planejamento que aspire ao ideal da participação comunitária em sua expressão mais ampla não pode deixar de levar em consideração a tomada de certas decisões que devem ser feitas a nível local e não no interior do Centro Regional.

O próprio Centro Regional de Saúde, aliás, já percebeu a existência desse impasse. Assim, no documento elaborado no Seminário de Porteirinha em maio de 1977, ao fazer uma avaliação do trabalho até aqui executado, propõe que:

"... sejam realizadas reuniões mensais a nível de módulo básico na qual participem todos os auxiliares e médicos do módulo básico, como também o pessoal da coordenação da AP. Nestas reuniões poderão ser trocadas experiências, avaliadas as atividades e formuladas reivindicações frente às Prefeituras. A equipe de coordenação participará desta reunião e discutirá também o seu programa de trabalho". (pg. 8)

No mesmo documento, chegam a propor algumas modificações de caráter mais técnico, visando principalmente a descentralização e a dinamização do projeto, tais como a forma de efetuar a reciclagem, que deverá ser feita a nível do próprio módulo básico, bem como uma maior autonomia da UA em tudo que se refira à distribuição de material e pagamento do pessoal do módulo básico, de maneira que cada vez mais o módulo assuma o papel de unidade de planejamento, supervisão e execução.

Atualmente o grupo de trabalho do Centro Regional encontra-se em fase de realizar uma avaliação geral, relativa aos anos de implantação do programa. Sabem que medidas puramente técnicas pouco podem fazer para bem implementar as metas inicialmente colocadas para o projeto mas, por outro lado, não contam ainda com um grupo homogêneo, totalmente comprometido com as idéias de participação comunitária nas decisões a serem tomadas sobre saúde. Sabem que é necessária uma política de ação que promova, internamente, um sólido conhecimento sobre os fatores que influenciam os acontecimentos locais, capazes de atrelar a participação comunitária às instituições e aos padrões de poder da área, enquadrando-a e subordinando-a à dinâmica reprodutiva das condições aí existentes. Só aí, reconhecem, poderão levar adiante aquilo que originalmente propuseram, efetuando, ao mesmo tempo, um trabalho educativo no sentido de problematizar cada vez mais a realidade.

V. PROJETO DE ÁREA PROGRAMÁTICA PARA SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE: O PROGRAMA DO VALE DO RIBEIRA

V. PROJETO DE ÁREA PROGRAMÁTICA PARA SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE: O PROGRAMA DO VALE DO RIBEIRA

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Metodologia
3. A Região do Vale do Ribeira
4. As Condições de Saúde das Populações do Vale do Ribeira
5. Histórico e Origens do Programa
6. O Programa do Vale do Ribeira: Proposta e Práticas
7. Algumas Hipóteses e Conclusões
8. Palavras finais
9. Anexos

V. PROJETO DE ÁREA PROGRAMÁTICA PARA SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE: O PROGRAMA DO VALE DO RIBEIRA

1. Introdução

O Projeto de Investigação previa o estudo e acompanhamento de experiências de Medicina Comunitária que se desenvolvem tanto na área urbana quanto na zona rural. Entre os programas da zona rural, escolhemos o do Vale do Ribeira, São Paulo, patrocinado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Governo de São Paulo.

De início, estava previsto o acompanhamento do Programa de Medicina Comunitária do Butantã, também da Faculdade de Medicina da USP. No entanto, até o início das atividades de nosso Projeto, o Programa do Butantã ainda não tinha sido implantado, o que nos levou a substituí-lo por outro programa.

As razões da escolha desse Programa estão ligadas à definição do objeto de estudo de nosso Projeto. Tínhamos como proposta acompanhar programas de Medicina Comunitária mais inovadores e transformadores das realidades sociais onde estivessem inseridos, e não programas tradicionais ou simplesmente "modernizadores". O Programa do Vale do Ribeira nos pareceu, de início, possuir estas características, o que nos levou a estudá-lo e conhecê-lo.

O Departamento de Medicina Preventiva da USP, junto com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, realiza um programa no Vale do Ribeira que surgiu entre 1963 e 1970 com o título de "Projeto de área programática para serviços integrados de saúde". Posteriormente, com a evolução dos trabalhos, veio a ser conhecido como Programa de Medicina Comunitária da USP no Vale do Ribeira. Localizado numa área rural bem distinta daquela onde se desenvolve o outro programa que estudamos (Norte de Minas Gerais), ele nos dava a oportunidade de perceber outras dimensões dos programas de Medicina Comunitária e, ou extensão de cobertura no campo brasileiro.

Enfrentamos algumas dificuldades na análise do Programa do Vale do Ribeira, em parte, devido ao pouco tempo disponível e,

em parte também, devido à escassez de documentação, material escrito, estudos e avaliações sobre o Programa. Nos seus quase dez anos de existência, o Programa acumulou muito pouca documentação e registro a respeito de suas atividades e experiências. A própria documentação legal e os convênios assinados a que tivemos acesso nos pareceram muito limitados, vagos e pouco detalhados. Grande parte das informações sobre a história do Programa foi obtida através de entrevistas e conversas pessoais com professores do Departamento de Medicina Preventiva, internos, residentes e ex-residentes da Faculdade de Medicina da USP, bem como com a atual Equipe do Programa que trabalha no Vale do Ribeira. Por outro lado, dificuldades técnicas e escassez de tempo nos impediram de fazer um levantamento melhor da bibliografia existente sobre a região do Vale do Ribeira. Aliás, por ser uma região pouco desenvolvida e pobre, poucas vezes o Vale foi foco de atenções e estudos. É certo que muita coisa parece ter sido escrita sobre a região, talvez não o suficiente, mas este material não é muito conhecido e nem sempre é de fácil acesso. Mesmo assim, com o material e bibliografia que conseguimos levantar, tentamos situar o Programa dentro das condições políticas, econômicas e sociais da região. Reconhecemos os imensos vazios que esse trabalho contém e nunca tivemos a pretensão de que esta fosse uma análise profunda sobre a região do Vale do Ribeira. Há muita coisa ainda para ser dita, estudada e pesquisada. Este relatório é uma pequena contribuição para o debate sobre os rumos da Medicina Comunitária no Brasil e as perspectivas do Programa que se desenvolve no Vale do Ribeira.

Queremos deixar aqui registrados os nossos melhores agradecimentos àqueles que de diversas formas colaboraram com nosso trabalho:

- Professor Guilherme Rodrigues da Silva, Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da USP, e Dr. Júlio Litvoc, assistente do Departamento, por sua colaboração e pelos depoimentos prestados sobre o Programa, que nos ajudaram a melhor compreendê-lo;

- Dr. David Capistrano da Costa Filho, atual Coordenador do Programa da USP no Vale do Ribeira e funcionário da Secretaria Estadual de Saúde do Governo de São Paulo, tanto pelo valioso apoio, sem o qual talvez fosse difícil nosso trabalho, quanto pela con-

tribuição teórica que sua participação nas discussões e seminários do nosso Projeto trouxe;

- os companheiros sanitaristas do Vale do Ribeira, ligados ao Programa, pelo entusiasmo com o trabalho desenvolvido, pela seriedade de suas propostas, pela ajuda e incentivo que nos deram durante o trabalho e pela paciência e persistência que têm em continuar, apesar de todos os pesares, trabalhando no Vale: Dra. Maria Cecília Della Torres, Dr. Diógenes Sandim Martins, Dra. Nádia Leimig e as Dras. Sara e Marlene;

- os residentes e internos da Faculdade de Medicina da USP, participantes do Programa, de passagem pelo Vale, por sua contribuição nem sempre constante mas muitas vezes útil;

- todos os componentes das equipes dos Centros de Saúde ligados ao Programa que, de uma maneira ou outra, contribuíram para o êxito de nosso trabalho.

Finalmente, queremos deixar claro que as idéias e conclusões expressas nesse trabalho são de inteira responsabilidade da equipe do Projeto de Investigação sobre Medicina Comunitária do PESES.

2. Metodologia

Pretendendo desenvolver uma pesquisa que não ficasse restrita ao estudo teórico e à revisão bibliográfica da Medicina Comunitária, mas que estivesse ligada à realidade, procuramos acompanhar de perto algumas experiências desenvolvidas nesse campo. De frente-nos, de início, com uma dificuldade técnica: éramos uma equipe de pesquisadoras localizada no Rio de Janeiro e os Programas acompanhados estavam situados, em sua maioria, em outros Estados, como o do Vale do Ribeira. Por esse motivo, nosso contato com as populações atingidas por esse Programa deveriam ser necessariamente esparsos e descontínuos.

Tentando resolver em parte este problema, propusemos às equipes responsáveis pelos Programas que não fossem simplesmente

objeto de investigação, mas participassem ativamente de nosso Projeto e servissem de mediadores nas nossas relações com a população. (22) Esta articulação com a população foi apenas parcialmente conseguida. Nosso trabalho envolveu algumas atividades básicas, em torno das quais se processou o estudo e o acompanhamento do Programa de Medicina Comunitária do Vale do Ribeira.

Uma das atividades principais foram as visitas ao Programa no Vale, trabalho de campo realizado três vezes. Em cada visita, de duração média de oito a dez dias, acompanhamos a experiência em andamento, entrevistamos os participantes e colhemos dados sobre a região, mantendo contato permanente com as Equipes dos Centros de Saúde envolvidas no Programa.

Nos intervalos das visitas, foram realizados seminários com a participação de toda a equipe do PESES e de representantes dos vários Programas acompanhados, entre os quais, o do Vale do Ribeira. Nesses seminários realizaram-se discussões sobre os trabalhos em andamento, envolvendo tanto análises mais conceituais como a avaliação das práticas. Como já foi mencionado, constituíram excelente oportunidade para a troca de experiências entre os diversos Programas, elevando o nível geral da discussão.

A pesquisa bibliográfica, o levantamento de dados e as discussões internas da própria equipe do PESES completaram as atividades de investigação.

3. A Região do Vale do Ribeira

O Programa de Medicina Comunitária do Vale do Ribeira, previsto para funcionar, inicialmente, em um município (Pariqueraçu), no ano de 1977, já havia se estendido a seis municípios. Por essa razão é que julgamos importante estudar o Vale do Ribeira como região, como um todo, procurando ressaltar, sempre que necessário, as particularidades das cidades atingidas pelo Programa. Aliás, existe certa homogeneidade tanto em relação às suas características físicas e demográficas, quanto sócio-econômicas.

O Vale do Ribeira é uma região quase impar no Estado de São Paulo. Considerado a maior das poucas reservas florestais que restam no Estado, é uma região explorada, com baixa densidade demo

gráfica. As serras e a vegetação dificultam o acesso a algumas de suas áreas.

O Rio Ribeira nasce no Estado do Paraná, cruza a fronteira e atravessa o Sudeste paulista até desaguar no mar, nas proximidades da cidade de Iguape, ocupando uma extensa baixada litorânea. "Este rio, liderando pequena bacia de drenagem do planalto paranaense para o litoral paulista, rompeu a Serra do Mar, quebrando o seu alinhamento contínuo, e escavou-a profundamente dando à paisagem aspecto de maturidade. O recuo da linha inicial da Serra do Mar processou-se através da séria Ribeira, de rochas menos resistentes, só estancando ao encontrar os granitos que, hoje, compõem boa parte da Serra de Paranapiacaba; dele resultou a ampliação da planície, a de maior largura da costa bandeirante. Expandindo-se por esta vasta área em busca do oceano, os rios não são curtos como os dos outros trechos do litoral; entre eles avulta o Ribeira do Iguape que, aí, atravessa primeiro o vale largo entre a Serra de Paranapiacaba e os maciços a ela ligados e, depois, corre na baixada formando meandros no meio de banhados, mangues e lagoas." (23) Convivendo com a beleza da paisagem e a miséria da população, aquele rio parecia um "cão sem plumas". E talvez mesmo se pudesse dizer do Ribeira, o que já se falou de outro rio: "A cidade é passada pelo rio / com uma rua / é passada por um cachorro; / uma fruta / por uma espada. / O rio ora lembrava / a língua mansa de um cão, / ora o ventre triste de um cão, / ora o outro rio / de aquoso pano sujo / dos olhos de um cão" (24).

a) Características Físicas do Vale do Ribeira

O vale do Ribeira compreende uma área de cerca de 15.987km², situada no litoral sul do Estado de São Paulo, estendendo-se até as proximidades da fronteira com o Paraná. (ver Mapa 1)

O Vale compreende uma planície próxima à região litorânea e uma região serrana, que cobre aproximadamente 2/3 da área total, de relevo acidentado e com muitos pontos acima de 700 metros de altitude. Possuindo 70% de sua área em montanhas e serras, tem sido difícil a extensão de vias e meios de comunicação à região, a criação de uma infraestrutura e a implantação de uma agricultura mecanizada.

Alguns estudos realizados pelo Plano de Desenvolvimento do Vale do Ribeira e do Litoral Sul, em 1966, e pelo Instituto Geográfico e Geológico de São Paulo mostraram a existência de diversos minérios na região, principalmente na Serra do Paranapiacaba (municípios de Apiaí e Iporanga) e na região do médio Ribeira (Pariquera-Açu e Jacupiranga). A própria Secretaria de Economia e Planejamento do Estado afirma: "uma das maiores potencialidades é a representada pelos minérios". (25) Entre os minérios de maior valor econômico identificados na região são citados o ouro, o ferro, o chumbo e o calcáreo. (ver Mapa II).

Considera-se que nos municípios de Apiaí e Iporanga encontram-se, além de ferro, manganês, zinco e ouro, as maiores reservas de chumbo do país. Estas jazidas permanecem, em sua maioria, inexploradas, devido à inexistência de infraestrutura e às dificuldades de acesso à região. Faltam, porém, melhores estudos sobre a qualidade dos minérios e a viabilidade de sua exploração econômica.

A outra faixa de maior concentração de minérios situa-se entre os municípios do médio e baixo Ribeira. Cortada pela rodovia BR-116, que liga a cidade de São Paulo a Curitiba, esta área é de acesso bem mais fácil.

Apesar das possibilidades de grandes explorações minerais, nunca houve maior interesse, nem por parte do setor público nem do privado, no desenvolvimento dessas atividades no Vale.

A região tem clima "subtropical úmido com verões quentes" (23) e apresenta altas precipitações pluviométricas. A umidade excessiva produz erosões frequentes, prejudica as pastagens e propicia a proliferação de doenças na pecuária e agricultura. A terra é de baixa fertilidade e necessita o uso constante de adubos. A inexistência de um sistema eficaz de drenagens resulta em que muitas áreas são inundadas por ocasião das cheias dos rios.

Segundo publicações do Governo do Estado de São Paulo, "a região caracteriza-se por solos ... propícios à agricultura. Apresentam, porém, o grave problema do excesso de água mas, uma vez adequadamente drenados tornam-se aproveitáveis, com restrições à fertilidade e ao uso de máquinas." (25) Algumas áreas do Vale são mais propícias à agricultura, como indica a seguinte observação:

"esses sedimentos fluviais são de vital importância para a região do médio e baixo Vale, uma vez que constituem os denominados terraços de aluvião de composição argilosa, de alto rendimento na exploração agrícola" (26).

Os estudos técnicos sobre a fertilidade dos solos do Vale concluem que só "adubações equilibradas e específicas para cada cultura, aliadas à correção de acidez, melhorarão esta fertilidade, aumentando a produtividade" (26).

A região que compreende o Vale do Ribeira e o Litoral Sul paulista possui um total de 1.707.200 hectares, dos quais apenas cerca de 2,4% correspondem à área cultivada. O restante se divide da seguinte forma:

Pastagens	- natural:	1,2%	
	artificial:	0,4%	Total: 1,6%
Matas	- naturais:	38,8%	
	artificiais:	0,1%	Total: 38,9%
Áreas não cultivadas:			Total: 57,2% (25)

Apiaí e Iporanga são os municípios que, proporcionalmente, possuem menor área coberta por matas (entre 11 e 13%), enquanto que Juquiã (com 79,7%) e Sete Barras (com 74,5%) são as áreas mais bem providas de florestas.

A maioria dos municípios tem apenas de 1 a 4% de sua área cultivada, com exceção de Registro (75,2). A média para Apiaí, Juquiã, Jacupiranga e Pariquera-Açu situa-se entre 2,5 a 3,5%.

São os seguintes os números relativos à produção agrícola na região do Vale do Ribeira e litoral sul paulista:

<u>Produtos</u>	<u>Área cultivada em ha</u> <u>(71/72)</u>	<u>%</u>
Banana	14.164	38
Chá	4.450	12
Arroz	5.358	14
Milho	7.530	20
Feijão	1.915	5

(cont.) Produtos	Área cultivada em ha (71/72)	%
Frutas	1.405	4
Hortícolas	342	2
Tomate	260	1
Batata	225	1
Diversos	<u>1.096</u>	<u>3</u>
Total	37.245 ha	100

Fonte de dados primários: I.E.A.
Cálculos: SUDELPA

(25)

Estudos técnicos sobre a utilização do solo na região do Vale do Ribeira, publicados pela Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, afirmam o seguinte:

"A utilização agrícola da região apresenta certas características próprias, quer de condições de solo, quer de clima ... A pouca fertilidade do solo e umidade que facilita o grassamento e a propagação de doenças, bem como a rápida evolução de ervas daninhas limitam a produção agro-pecuária ... O aproveitamento do solo na região tem ainda, na declividade e nas inunicações, condicionantes dos mais sérios, além da presença de seixos que dificultam a agricultura mecanizada ... Observando-se os valores do biênio 71/72 do Instituto de Economia Agrícola, verifica-se que a banana, sem grandes problemas na região da várzea, foi a cultura que mais se adaptou ao meio físico, o chá pouco a pouco vai se estendendo para as partes mais altas ... A banana com 46% de área cultivada (de todo litoral paulista) e o chá com 13% (idem), ambos produtos de exportação, constituem o esteio da estrutura agrícola regional ... O arroz, embora represente 12% (de todo litoral) em área cultivada, é sensivelmente prejudicado por questões de drenagem, em épocas de cheias ... À exceção do chá e da banana, produzidos em qualquer época do ano, as outras culturas estão sempre intimamente condicionadas ao clima. Este, com excessiva umidade, dificulta o estágio da maturação dos produtos. Assim, o feijão, tomate, milho, batata têm grande importância pela safra fora de época, que supre o mercado em períodos de escassez ... A cana-de-açúcar da região não se presta à produção de açúcar, devido às condições climáticas, e o milho, com uma ocupação de 22% (de todo litoral), se estende à região de menores índices de precipitação ... As condições de cultivo da região e a baixa produtividade revelam os níveis bastante rudimentares em que se pro-

cessam. A cultura e a comercialização da banana e do chá, sem qualquer orientação técnica, esbarram em problemas de infra-estrutura de transporte, e manipulação do produto da colheita ao destino final. A pecuária da região é pouco significativa e se desenvolve em condições climáticas bastante desfavoráveis. A atividade é de baixo valor econômico e não supre as condições locais de consumo ... Os altos índices de umidade dificultam a manutenção dos pastos ao mesmo tempo que propiciam a incidência de doenças e pestes, tornando a pecuária atividade bastante problemática ..."

Por outro lado, subsiste ainda, em algumas áreas, "uma economia rudimentar de extração de palmito, produção de carvão vegetal e mineração" (25).

b) Características Demográficas do Vale do Ribeira:

Em rápido diagnóstico da região, o Prof. Guilherme Rodrigues da Silva e o Dr. Eglon Malta Santos afirmavam: "inserida entre duas grandes metrópoles - São Paulo e Curitiba - a sub-região do Vale do Ribeira, devido à caprichosa geo-morfologia do litoral de São Paulo, constitui compartimento geográfico estanque com núcleos populacionais esparsos e relativamente isolados, submetidos a condições de vida bastante precárias" (27). O que é, de certa maneira, confirmado por outros estudos. "A insalubridade e a natureza arenosa dos terrenos da micro-região não propiciaram a fixação humana e um grande desenvolvimento das atividades agrícolas; seu contingente demográfico tem pouca expressão no conjunto do Estado e a sua produção só recentemente começou a ter maior significado na economia paulista. A população urbana distribui-se em núcleos pequenos e esparsos, situados em sua maioria no interior; a rural, de maneira dispersa, adensando-se, um pouco, nas margens do Ribeira de Iguape e ao longo da ferrovia que liga Juquiá a Santos" (23).

O Vale do Ribeira possuía, por ocasião do Censo de 1970, uma população de 175.585 habitantes, segundo dados da publicação "SUDELPA - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social"; Volume I; do Departamento de Estatísticas da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo (1974). Outras publicações divergem um pouco, apresentando uma população menor que esta.

Talvez, numa região como o Vale seja difícil contar os homens porque "na paisagem do rio / difícil é saber / onde começa o rio; / onde a lama / começa do rio; / onde a terra / começa da lama; / onde o homem, / onde a pele / começa da lama; / onde começa o homem / naquele homem" (24).

Contudo, se observarmos os dados referentes aos Censos de 1940 a 1970, veremos que a população do Vale do Ribeira passou de 72.035 habitantes (em 1940) para 175.585 pessoas em 1970, isto é, aumentou aproximadamente 115% nos últimos 30 anos. O crescimento populacional variou neste período. Foi de 3,6% na década de 30; caiu para 2,2% nos anos 40; 2,3% na década de 50. Nesta última década, as grandes migrações, o êxodo rural, reduziu, em determinado momento, a taxa de crescimento para 1,5%. Entre 1960 e 1970, o índice de crescimento populacional voltou a subir, alcançando 3%.

Sete Barras, Registro e Apiaí foram as cidades que mais cresceram nas últimas décadas, apresentando todas um crescimento contínuo. Outras cidades, como Eldorado, Iporanga e Miracatu, decresceram, esvaziaram-se em maior ou menor grau. Outras ainda permanecem "estacionárias", apresentando apenas pequenos avanços: Jacupiranga, Pariquera-Açu, Ribeira, Pedro Toleto, etc.

A população rural ainda tem predominância absoluta, totalizando 115.579 pessoas (1970), ou seja, cerca de 66% da população total. 60.006 habitantes viviam nas cidades (1970), perfazendo 34% da população total. Estes dados evidenciam claramente o caráter rural e agrícola da região.

Em 1940, a taxa de urbanização do Vale era de 14,1% e em 1960, chegava a 19,3%.

Em Registro, o ritmo de urbanização foi rápido, nos últimos anos, o que se deve ao fato de que esta cidade é o município-pólo do Vale. Jacupiranga apresenta também um índice de urbanização alto, embora menor que Registro. Os índices de urbanização referentes a algumas outras cidades do Vale são os seguintes: Registro (52%), Itariri (33%), Jacupiranga (41%), Apiaí (27%), Juquiá (29%), Pariquera-Açu (23%) e Sete Barras (17%). Para visualizar melhor a evolução dos índices de urbanização no Vale, nas últimas décadas, ver os Quadros I e II.

Os dados parecem indicar que houve um crescimento populacional na Região entre as décadas de 30 e 40, e que os índices

diminuíram na década de 50, possivelmente devido ao aumento das migrações. Não possuímos dados a respeito da evolução da economia da região nesta época que nos proporcionem uma explicação para este fato. Depois de 1960, a população voltou a crescer mais aceleradamente. Dados empíricos de observação indicam que vem crescendo nos últimos anos a migração de outras áreas para o Vale.

A densidade demográfica geral da região é baixa (10,18 habitantes por km^2), bastante inferior à de todo o Estado de São Paulo, que é de 71,8 habitantes por km^2 . Sete Barras é o município que apresenta menor densidade demográfica (5,98 hab/ km^2), enquanto que Registro apresenta a maior (23,75 hab/ km^2).

As taxas de natalidade são elevadas no Vale (37,5 por 1.000 habitantes em 1969), embora se observe uma lenta curva descendente nos últimos anos.

O coeficiente de fertilidade era também bastante elevado em 1969, chegando a 179,9, índice que começou igualmente a declinar a partir de meados da década de 60.

"A queda nas taxas de fertilidade e natalidade a partir de 1965 poderia ser considerada como reflexo da crise econômica de 1964, principalmente se se considerar que as taxas de nupcialidade também caem a partir daquele ano" (26).

"Fluxos de correntes migratórias e imigratórias devem ter ocorrido simultaneamente no Vale do Ribeira na última década. A análise da estrutura etária do contingente migratório revela um comportamento totalmente aleatório, não obedecendo a nenhuma regularidade de frequência" (26). Estudos realizados na cidade de Registro identificaram "forte cadeia de fluxos migratórios de atração e irradiação" (28).

O tamanho médio das famílias do Vale do Ribeira é de cinco pessoas.

O Quadro III apresenta a pirâmide populacional por idade e sexo da população da região e um quadro especificando a população por faixas etárias e sexo.

Foram elaboradas projeções populacionais, com base nas taxas de crescimento geométrico observadas nas últimas décadas, e os resultados podem ser encontrados no Quadro IV. Cabe salientar que os números totais de habitantes em que se baseou este cálculo,

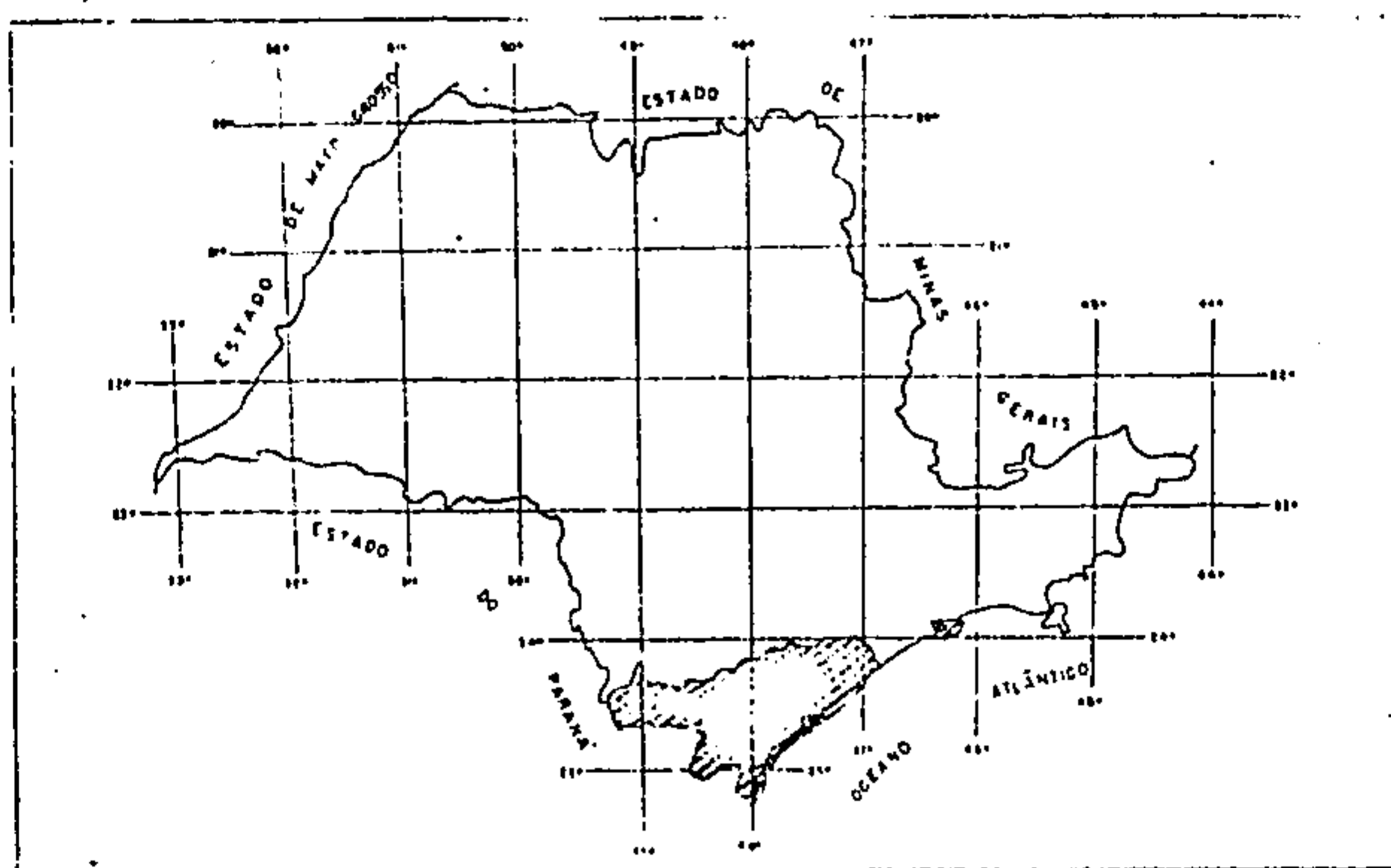
encontrados em uma publicação oficial do Governo do Estado de São Paulo, não coincidem com os dados do Censo de 1970, que indicavam uma população de 175,585 pessoas. Mesmo assim, apresentamos o quadro para que se tenha uma idéia do crescimento populacional da região.

Informações que nos foram dadas por profissionais de saúde que trabalham no Vale, ligados à Secretaria Estadual de Saúde, fazem supor que esses números podem estar subestimados, ou seja, que é possível que tenha havido um incremento populacional maior que o esperado, causado provavelmente pelo aumento do fluxo migratório atraído, talvez, pelo aparecimento de oportunidades de emprego ou pela existência de grandes quantidades de terras inexploradas. Somente estudos específicos poderiam nos dar informações mais precisas sobre o assunto.

c) Características Político-Administrativas da Região do Vale do Ribeira

O Vale do Ribeira está incluído numa região administrativa especial criada pelo Governo do Estado de São Paulo. Devido ao grande atraso e abandono da região, o Governo do Estado de São Paulo resolveu criar, na década de 60, a Superintendência para o Desenvolvimento do Litoral Paulista (SUDELPA) que, com exceção da sub-região de Santos, vivia em grande miséria. A área da SUDELPA compreende no total 23.252km² (9,3% da área do Estado). Está subdividida em três sub-regiões: o Litoral Norte, a Baixada Santista e o Litoral Sul / Vale do Ribeira. Esta última é a que nos interessa e que pode ser localizada no Mapa III, na página seguinte.

MAPA III - Vale do Ribeira e Litoral Sul Paulista



Fonte: Conheça seu Município 1974 - Vol. 1
Região de Planejamento do Vale do Ribeira
Secretaria de Economia e Planejamento /
Deptoº de Estatística
Governo do Estado de São Paulo

O Vale do Ribeira compreende 16 municípios, a saber: Apiaí, Barra do Turvo, Cananéia, Eldorado, Iguape, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro, Ribeira e Sete Barras. A cidade de Registro é o centro administrativo e o pólo de referência da região. Os mapas IV e V apresentam a divisão política dos municípios do Vale.

Dos partidos políticos existentes na região, a ARENA é francamente majoritária na maioria dos municípios. A história política da região parece indicar que a ARENA é o partido predominante desde a modificação do quadro político-partidário brasileiro, em meados dos anos 60. No Quadro V, apresentamos o panorama dos resultados eleitorais das eleições de novembro de 1974, em alguns dos municípios mais importantes.

d) Características da Estrutura sócio-econômica do Vale do Ribeiro

Fatores geográficos, históricos e políticos explicam o grande atraso do Vale do Ribeira em relação ao processo de desen-

volvimento do restante do Estado de São Paulo. A região permaneceu isolada, abandonada pelos estímulos oficiais, desenvolvendo-se espontaneamente, por pequenos passos, com a penetração de colonos, preocupados, de início, em explorar os recursos naturais da região (vegetais e minerais) e a mão-de-obra indígena que povoava o Vale.

Por outro lado, o clima da área nunca foi propício para a expansão de cafezais, deixando o Vale à margem do processo de desenvolvimento ligado ao ciclo do café em São Paulo.

É uma região de difícil acesso, de infraestrutura precária ou inexistente, com estradas ruins e população dispersa. Separada pela Serra do Mar dos pólos mais dinâmicos do Estado de São Paulo, o Vale viu, década após década, acentuarem-se os desníveis sócio-econômicos com relação ao resto do Estado.

Somente após a implantação do eixo rodoviário São Paulo-Curitiba (BR-116), a região ganhou novo alento.

Além dos fatores históricos e políticos, fatores naturais atuaram como obstáculos ao desenvolvimento da região: poucas terras cultiváveis, enchentes, terreno acidentado, umidade, etc.

Os índices macroeconômicos e os indicadores de saúde, como mostram os professores Guilherme R. da Silva e E. M. Santos, são típicos de uma região subdesenvolvida: baixa renda per-capita e precárias condições de vida só encontráveis no Nordeste brasileiro (6).

A concentração latifundiária da terra, herança da época colonial, dificultou ainda mais a colonização.

Na ausência das culturas tradicionais e de subsistência, desenvolveu-se no Vale o cultivo de banana, chá e algumas hortaliças que constituem a base da produção agrícola da região.

A pecuária nunca se desenvolveu muito; sua baixa produtividade torna a atividade pouco rentável.

De um total de 175.585 habitantes do Vale, 92.536 são homens e 83.049 mulheres. No Quadro 3 já apresentamos a população por faixas etárias. Podemos observar que 55% dos habitantes têm menos de 20 anos, e cerca de 30%, menos de 10 anos. A população economicamente ativa era, em 1970, de 55.398 pessoas (quase 30% do total). Nos Quadros 6 e 7, podemos observar a divisão da população ativa entre os diversos ramos da produção. É evidente que mais da

metade da população economicamente ativa dedica-se a atividades primárias (agricultura, extração vegetal, etc.), enquanto cerca de 5.890 pessoas dedicam-se a atividades industriais. A população engajada em serviços eleva-se a mais de 13 mil pessoas.

c) Uso Atual do Solo no Vale do Ribeira

Como já assinalamos em outro trecho deste trabalho, grande parte da terra do Vale do Ribeira não é explorada. Em parte isto se deve ao fato de que 2/3 da região é ocupada por matas, florestas e áreas serranas. Por outro lado, outro fator que provavelmente tem influência no baixo aproveitamento do solo é a concentração de terras em mãos de poucos proprietários, criando latifúndios improdutivos. Apenas 4,07% do solo é aproveitado para pastagens ou para a agricultura, sendo que esta última ocupa 2,36% do total. No Quadro 8, vê-se de que maneira o solo da região era utilizado em 1970. Podemos observar uma diminuição da área cultivada, que cai de 64% (do total da área explorada) em 63/64 para 48% em 71/72. Por outro lado, as áreas ocupadas por pastagens cresceram bastante, passando de 22% (do total explorado) em 65/66, para 48% em 71/72. O Quadro 9 apresenta o uso atual do solo por município da região. Sete municípios têm mais de 50% de sua área coberta de matas: Juquiã, Miracatu, Sete Barras, Pedro de Toledo, Juquitiba, Itariri, Registro (sendo que nos quatro primeiros, esta percentagem ultrapassa 70%). Alguns municípios, entre os quais Apiaí e Iporanga, possuem mais de 80% de seu solo como áreas incultas. Os terrenos utilizados em pastagens são pouco significativos, sendo que apenas em Jequitiba encontramos cerca de 8,6% da área ocupada por pastagens. Itariri (com 12,32%) e Registro (com 7,52%) têm as maiores percentagens de solo cultivado.

f) Estrutura da Produção Agrícola

"A economia baseava-se, até há alguns anos atrás, na pesca rudimentar realizada pelo 'praiano', na exploração de madeiras e de fibras da floresta pelo 'capuava' que vive nas áreas de matas de baixada e dos primeiros contrafortes da serra, e na agricultura de subsistência praticada por ambos e pelo 'ribeirinho' estabeleci

do nos terrenos aluviais, que cultivava, também, arroz e banana, embora com baixo rendimento econômico. A situação mudou a partir da introdução de colônias japonesas, nas quais se plantou arroz e introduziu-se o chá. Esta última cultura mudou a paisagem agrícola da micro-região e se tornou seu traço característico" (23).

Na pequena parcela do solo cultivado da região, distinguem-se dois setores da produção agrícola: culturas extensivas e intensivas.

Entre as culturas de tipo extensivas, a predominância da banana é absoluta. Plantada, de início, por pequenos proprietários, a banana tende atualmente a predominar nas plantações maiores. Eis o comentário de uma publicação técnica do governo paulista: "...a bananicultura que embora se beneficie com uma produção em larga escala, exige atualmente alto grau de tecnificação. Verifica-se largamente o fenômeno de desaparecimento do pequeno produtor de banana e o alargamento das grandes empresas bananicultoras. Uma evolução dessas culturas implicará com segurança em maior concentração de terras, pois as técnicas exigidas hoje obrigam a plantação em larga escala, a única possível de suportar os custos ascendentes dos insumos e dos tratamentos culturais e a queda dos preços nos mercados consumidores" (26). Quanto "às culturas tradicionais, praticadas em condições de baixa produtividade, embora cheguem a ocupar extensas áreas, não representam um fator de exploração intensiva da terra em grandes unidades" (26).

As culturas de exploração do tipo intensivo são, principalmente, duas: o chá e a horticultura. Secundariamente, a fruticultura. Esses tipos de culturas, por suas características próprias, não precisam de grandes áreas e sim de investimentos maiores em capital e força de trabalho. "A produção se dá em função de altos investimentos em insumo e tecnologia e atinge grandes proporções em áreas relativamente pequenas" (26). O chá e os produtos hortigranjeiros estão muito associados às propriedades familiares, em particular à colônia japonesa que dedica-se a este tipo de cultura com maior intensidade. No cultivo de chá encontra-se também algumas empresas de maior porte, que possuem pequenas indústrias para o processamento do produto.

Nos últimos anos, fizeram-se experiências com outros tipos de cultura (cacau), com reflorestamento e pecuária. Ainda não

temos dados para avaliar os resultados, mas não nos parecem muito importantes. Consta-se um crescimento maior na pecuária. O reflorestamento passou a receber incentivos a partir de 67/68 mas, até o momento, não ultrapassa os 5% da área explorada.

A banana foi uma das culturas que teve sua área mais reduzida nos últimos anos, diminuindo em 41% (de utilização do solo usado para a agricultura) entre 1965 e 1972. Apesar da diminuição da área utilizada para este tipo de cultura, observamos no mesmo período um aumento da produção de banana. Este fato corrobora o desaparecimento mencionado acima, do pequeno proprietário em proveito das grandes empresas.

Quanto ao chá, a área cultivada aumentou entre 1962 e 1972 e a produção cresceu até 71/72, começando a cair um pouco no ano seguinte. Necessitaríamos de um período mais longo para observar a evolução da cultura do chá, no Vale, antes de podermos afirmar se este dado tem um significado mais decisivo.

A produção de hortigranjeiros apresentou um crescimento de 16% entre 1965 e 1972, mas no mesmo período ocorreu uma diminuição da área utilizada para esse tipo de cultivo. Entre os produtos mais cultivados, temos: cenoura, pepino, vagem, pimentão, jiló e quiabo. Os municípios onde a horticultura é mais desenvolvida são: Apiaí, Registro, Pariquera-Açu, Iguape, Itariri, Tapiraí e Juitiba.

Em Tapiraí e Apiaí estão as maiores plantações de tomate. Este produto teve um crescimento, tanto na quantidade quanto na área cultivada, até 68/69. Decresceu entre 69 e 71 e nos últimos anos observa-se novamente uma tendência ascendente.

A evolução da fruticultura também oscilou nos últimos dez anos: crescimento até 66/67, queda até 69 e novamente uma subida após 1970. As frutas mais plantadas no Vale são o abacaxi, a mexerica, as frutas cítricas e o mamão. Podemos ainda observar que a fruticultura tem uma participação modesta na estrutura da produção agrícola da região.

As culturas de subsistência - arroz, milho, feijão e batata - têm pouca importância em relação à produção do Estado. A produção e a área cultivada decaíram. Alguns autores, entretanto, atribuem certo valor a estas culturas no Vale, porque suas safras,

devido às condições climáticas da região do Estado, contribuem para o abastecimento do mercado.

No Quadro 10, pode-se observar a estrutura agrícola do Vale, sua evolução entre 62 e 72 e sua produtividade em toneladas por hectare. O Quadro 11 mostra os mesmos dados em porcentagens.

g) Outras Atividades da Área Rural do Vale

A produção florestal do Vale é, de modo geral, rudimentar e modesta, resumindo-se quase que exclusivamente à extração de carvão vegetal e de palmito. Existem algumas empresas de reflorestamento, com pouca expressão nas atividades econômicas da região.

A produção animal também é pouco desenvolvida. A pecuária de corte e leite é a atividade principal nesse setor. Consta-se certo desenvolvimento na suinocultura e, em menor proporção, na criação de aves para corte e produção de ovos. Os bovinos representam 41% e os suínos 35% da produção animal.

Há pouco tempo foi implantada uma estação experimental de criação de búfalos.

A pesca é feita no litoral, de modo ainda primitivo. Os municípios onde ela é mais desenvolvida são Iguape e Cananéia. 50% da população do litoral está ligada, de algum modo, às atividades de pesca. A industrialização do pescado é feita também por métodos atrasados.

As atividades destes setores representam uma parcela muito reduzida tanto da economia do Estado como mesmo da região do Vale do Ribeira.

h) Estrutura Fundiária do Vale do Ribeira

Dados de 1969 mostram que os minifúndios predominavam, em número, na região, somando cerca de 75,3% dos imóveis, mas correspondiam a apenas 13,9% da área total cadastrada. Predominavam as propriedades menores que 10 hectares: 28,5% dos imóveis e apenas 1,36% da área cadastrada. Por outro lado, 13,5% do número total de imóveis possuíam mais de 100 hectares e ocupavam 77% da área cadastrada. "O grau de concentração é posto em evidência quando

se observa que dentro desse estrato estão os 1,36% dos imóveis maiores de 1.000 hectares, que detem 43,3% da área total" (26).

Estudos da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo de São Paulo demonstraram que, em 1969, a concentração de propriedades no Vale do Ribeira era maior que no ano de 1960.

Sabendo-se que apenas 2,36 da área da Região é cultivada e que o restante são áreas incultas, matas e serras, a questão da concentração da terra torna-se ainda mais grave. A escassa terra em uso na agricultura está em mãos de muito pouca gente.

Os Quadros 13 e 14 apresentam alguns dados sobre a estrutura fundiária do Litoral Paulista, em hectares e em percentagens, referentes ao ano de 1960. Os dados referentes ao ano de 1969 encontram-se nos Quadros 15 e 16.

Em outros dois quadros (17 e 18) desdobram-se esses mesmos dados para cada município do Vale do Ribeira, para os anos de 1960 e 1969.

A análise dos dados do Censo Demográfico de 1970 nos permite tirar mais algumas conclusões acerca da estrutura fundiária do Litoral Paulista. O Censo dá como população rural, para todo Litoral Paulista, cerca de 210.587 pessoas. Considerando-se que cada família da região possui, em média, cinco pessoas, teríamos aproximadamente 42.117 famílias. Por outro lado, existem cerca de 22.123 imóveis rurais na região (todo litoral paulista), dos quais 16.668 são menores que 50 hectares e 6.313, menores que 10 hectares. Supondo que cada família é dona (proprietária) de um imóvel, teremos 48% das famílias sem terra alguma. Das 52% das famílias que possuem terras, a imensa maioria são latifúndios. Esses cálculos podem parecer especulativos mas, levando-se em conta os dados já apresentados, provavelmente eles se aproximam da realidade. Mesmo sendo um cálculo generalizado para todo o Litoral Paulista, as semelhanças do Vale com o restante do litoral não invalidam o artifício de raciocínio. E sendo dados de 1970, provavelmente subestimam a situação presente (1977) porque nada leva a crer que o quadro tenha melhorado. A subregião do Vale do Ribeira, apesar de ter níveis de concentração de propriedade muito altos, é a subregião do Litoral Paulista que se apresenta mais "equilibrada". Ou seja, os níveis de concentração de terra nas outras duas subregiões é ainda mais grave.

Apesar da precariedade dos dados existentes, fizeram-se estudos no Vale do Ribeira visando apresentar um panorama da situação da força de trabalho no campo. Embora não se tenham números completos, acreditamos que os dados, mesmo parciais, podem nos dar uma visão geral dessa mão-de-obra. O Quadro 19 apresenta o número de parceiros, arrendatários e assalariados existentes no Vale do Ribeira e Litoral Sul paulista em 1967. Reunindo-se parceiros, arrendatários e assalariados, foi encontrado um total que varia entre 8.164 e 13.221 trabalhadores rurais (esta diferença se deve à existência certo número de trabalhadores temporários). Se a quantidade total de mão-de-obra no campo, no Vale, era de 36.115 pessoas, temos que aproximadamente 1/3 não possuía terra. Contudo, mesmo este valor nos parece subestimado, tendo em vista que existe um percentual de desemprego importante no campo. O cálculo do desemprego rural no Litoral Paulista é de 43%, baixando para 38% na época das colheitas.

i) Setor Secundário

A região do Vale do Ribeira ainda é predominantemente agrícola, apesar do índice de urbanização registrado nos últimos anos. Quase 70% da população vive na área rural e um pouco mais de 30% nas cidades. O índice de urbanização é maior em Registro e Jacupiranga.

O crescimento do pessoal envolvido em atividades industriais é lento. Em 1960, o trabalho na indústria ocupava 1.089 pessoas, e em 1967, 1.833 pessoas. A implantação de algumas indústrias na região, na década de 70, nos leva a crer que o número de trabalhadores na indústria tenha quase dobrado, o que não chega a ser um percentual importante em relação ao pessoal envolvido em outras atividades. Em 1967, por exemplo, havia 37.905 pessoas trabalhando na zona rural.

Os principais ramos da indústria da região são: minerais não metálicos, madeira, produtos alimentares e material de transporte. A grande maioria dos estabelecimentos industriais listados são pequenas empresas, grande parte delas com menos de 19 empregados. Das empresas ditas industriais, 93,5% possuíam de 1 a 19 empregados, perfazendo um total de 230 pequenas indústrias. Onze são

empresas consideradas médias, possuindo de 20 a 99 empregados, e apenas cinco podem ser consideradas grandes empresas, com mais de cem operários cada uma. No Quadro 20 encontra-se o número de indústrias da região, segundo o tamanho e o setor de produção. No Quadro 21, podemos ver o número dos estabelecimentos industriais do Vale, segundo o tamanho e a localização nos municípios.

As empresas que trabalham com produtos alimentares e com minerais não metálicos são as que ocupam a maior parte da mão-de-obra empregada (mais de 50%).

A maior parcela das pequenas empresas são de produtos alimentares: desde os estabelecimentos de porte médio, de industrialização do chá ou da banana, até as pequenas empresas de fabricação de doces de banana ou goiaba. Dezoito empresas fabricavam bebidas, 57 possuíam atividades com madeira e 52 com minerais não metálicos. A maioria dessas empresas também é de pequeno porte.

Em Registro encontra-se a maior concentração de indústrias e, em seguida, Iguape e Pariquera-Açu. Registro possui algumas empresas produtoras de chá, de porte médio, mas as indústrias de maior porte se situam em Jacupiranga (indústria de cimento, indústria química e de metais não ferrosos) e em Apiaí (cimento). A implantação de algumas indústrias na região, nesses últimos anos, prestigiou mais, além de Registro, essas duas últimas cidades.

Uma empresa de construção (construção e reparação de estradas) trabalha na região, com acampamentos funcionando próximo às obras.

As maiores concentrações de mão-de-obra industrial são: Jacupiranga, Iguape, Registro e Pariquera-Açu.

A maior parte das pequenas empresas industriais servem ao consumo local ou regional. O valor da produção industrial tem pouca importância em relação ao Estado.

"Observou-se que de 1960 a 1969, muito embora tenha sido mais elevada a taxa de crescimento da absorção de mão-de-obra pela indústria do que a do crescimento da população urbana, o setor secundário não chegou a alterar significativamente sua participação relativa em termos da oferta de emprego na região do Vale do Ribeira e litoral sul" (26).

O Quadro 22 apresenta o pessoal ocupado nos vários gêneros de indústria no Vale, o número de estabelecimentos e o valor da produção, para o ano de 1967.

j) Setor Terciário e Serviços de Infra-Estrutura Física e Social

Cerca de 13.393 pessoas compõem a população economicamente ativa no setor terciário.

Houve um razoável crescimento e expansão da rede bancária na região, entre 61 e 71. Neste período, o número de agências bancárias praticamente triplicou e, atualmente, todas as sedes de municípios possuem estabelecimento bancário.

Quanto ao ensino, na região são encontradas escolas de nível primário e médio. O número de alunos nas escolas primárias quase dobrou entre 1956 e 1970. Atualmente, existem escolas primárias em todos os municípios. Registro, Apiaí, Jacupiranga e Miracatu são os municípios com maior população escolar no primário. O Quadro 23 mostra o crescimento do número de alunos matriculados nas escolas primárias do Vale.

As unidades escolares estaduais e municipais predominam amplamente no Vale. As escolas particulares são em número muito pequeno, com porcentagem insignificante de alunos. As escolas rurais predominam: em 1969 havia 369 unidades rurais em toda região, contra 44 escolas urbanas.

Quanto ao ensino médio, o crescimento foi mais lento. Em 1969, havia 4.537 alunos de 2º grau no Vale, 1/4 dos quais localizados em Registro. Cinco municípios não possuíam escolas secundárias (Barra do Turvo, Iporanga, Juquitiba, Ribeira e Tapiraí).

Em relação ao saneamento básico da região, as condições são extremamente precárias: 58% dos municípios não possuem rede de esgotos sanitários (11 municípios) e os 42% restantes (8 municípios) apresentam sistemas deficientes. A maioria das redes de esgotos, se não todas, lança, total ou parcialmente, seus detritos nos cursos d'água e rios da região. Na realidade, a maior parte da população usa fossas negras, fossas sépticas ou simplesmente lança os dejetos nas proximidades de sua habitação. Na zona rural, não e-

xiste absolutamente rede de esgotos e toda eliminação de dejetos é também feita em fossas ou lançamentos próximos às casas.

A maioria dos municípios utiliza a água de rio ou lago para consumo, após tratamento. As redes de abastecimento de água existentes nas cidades não cobrem toda a população e se caracterizam como sistemas obsoletos e mal conservados. Em Registro, por exemplo, uma das regiões menos atrasadas, a rede de abastecimento de água cobre apenas 18% da população.

A CESP (Centrais Elétricas de São Paulo) fornece energia a quase toda a região. Alguns poucos municípios ou cidades usam gerador próprio. No Quadro 24 pode ser observada a extensão da rede de energia elétrica na região do Vale. Em média, 50% dos domicílios não possuem energia elétrica.

Na Zona Rural, a situação é mais grave. Segundo estudo do INCRA, apenas 8,25% das propriedades do Vale eram servidas por energia elétrica em 1969. O campo é servido pela CESP e algumas cooperativas de eletrificação (existiam três em 69: Registro, Tapiraí e Itariri).

A infraestrutura de comunicações melhorou bastante depois da construção da BR-116, que liga São Paulo a Curitiba e atravessa todo o Vale, antes de chegar à fronteira do Paraná. A maioria das estradas restantes são pequenas e sem pavimentação.

O sistema ferroviário só vai até Juguê, vindo de São Paulo, ou até Apiaí, vindo do interior paulista.

4. As Condições de Saúde das Populações do Vale do Ribeira

a) Introdução

Nosso objetivo, nessa parte do relatório, é descrever de maneira resumida as condições de saúde e existência das populações que vivem ao longo do Rio Ribeira.

Mais de uma pessoa já chamou o Vale do Ribeira de o "Nordeste de São Paulo" pela sua miséria e atraso. E quem descer o vale e acompanhar o rio não achará falta dessa imagem. A constatação das péssimas condições de vida da população é uma constante nos vários estudos e pesquisas feitos nos últimos tempos na região.

Consciente da esta miséria, este rio, como o outro, parecia saber de sua terra e sua gente. "Não sabia da chuva azul, / da fonte cor-de-rosa, / da água do copo de água, / ... Sabia dos caranguejos / de lodo e ferrugem. / Sabia da lama / ... Abre-se na flora / suja e mais mendiga / ... E jamais ouvi ferver / (como ferve / o pão que fermenta). / Em silêncio, / o rio carrega sua fecundidade pobre, grávido de terra negra" (24).

Certa vez, o Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, ao apresentar junto com o Dr. Eglom M. Santos o seu "Projeto de Área Programática para Serviços Integrados de Saúde" que funcionaria no Vale do Ribeira, afirmou: "Os índices macroeconômicos e os indicadores de saúde são tipicamente os de uma região subdesenvolvida. A subregião se caracteriza pela apresentação da renda per capita mais baixa do Estado, em certa medida comparável às de áreas do Nordeste brasileiro" (25).

Uma publicação do Governo do Estado de São Paulo confirma este quadro. "Com efeito, os dados disponíveis de mortalidade sugerem um padrão de saúde caracterizado ainda por elevada mortalidade precoce e por níveis ainda altos de ocorrência das moléstias infecciosas ..." (26).

Nas páginas seguintes, apresentaremos alguns indicadores de saúde que corroboram estas afirmações. Sabemos das limitações da utilização dos indicadores de saúde tradicionais. Mesmo assim, corremos o risco, procurando, porém, utilizá-los de maneira mais crítica. Por outro lado, estamos convencidos de que as questões de saúde não podem ser separadas do problema da distribuição da renda. E que essa gente, ("Como o rio / aqueles homens / são como cães sem plumas / um cão sem pluma / é mais / que um cão saqueado; / é mais / que um cão assassinado" (24) essa gente antes padece e morre devido à fome e à miséria do que pela violência pura e simples das doenças.

Alguns autores afirmam que "as relações de produção pré-capitalistas, decorrentes da estrutura econômica vigente nesta sub-região e refletindo a escassa mobilidade social da sua população, devem corresponder necessariamente a um padrão de consumo de bens e serviços muito precário e, conseqüentemente, a um nível de vida e de saúde muito baixo" (26).

Tomando como referência o capítulo III deste relatório, que trata da questão agrária e da saúde comunitária, hesitaríamos em afirmar que tão somente as relações de produção "pré-capitalistas", que também existem no Vale do Ribeira, sejam as responsáveis únicas pela baixa qualidade de vida desta população. Nem sempre o capitalismo, como forma avançada em relação a outras que o antecedem, traz a curto prazo uma melhoria das condições de vida de uma população. No Vale, como em muitas outras áreas, parece ocorrer algo diferente. É o que concluíram o Dr. Carlos Augusto Ribeiro e Marina Ferreira Rea, após realizarem pesquisa sobre o estado de nutrição em amostras de população do Vale (29).

b) Indicadores de Saúde

A área em estudo é a sub-região do Vale do Ribeira, sob a responsabilidade da SUDELPA (Superintendência para o Desenvolvimento do Litoral Paulista).

O Vale tinha uma população de 175.585 habitantes em 1970, sendo a estimativa para 1975 de 198.738 pessoas.

A sub-região é composta de 16 municípios. Procuraremos dedicar mais atenção àquelas em que se desenvolvem as atividades do Programa da USP, ou seja, Pariquera-Açu, Juguíá, Jacupiranga, A piaí e Sete Barras.

MORTALIDADE GERAL: Visto isoladamente, este não é um bom indicador das condições de saúde. Na sub-região do Vale do Ribeira, os índices de mortalidade geral encontrados foram mais altos do que a média encontrada no restante do Estado de São Paulo. Entre os anos de 1963 a 1967, as taxas de mortalidade geral oscilaram em torno de 14 óbitos por 1.000 habitantes. Afirma-se que a alta mortalidade nos primeiros anos de vida seria a responsável pela elevação da taxa de mortalidade geral no Vale. Veja o Quadro 25.

MORTALIDADE PROPORCIONAL: Encontramos uma elevada concentração de óbitos nos primeiros anos de vida e uma escassez relativa de mortes acima dos 50 anos. Este indicador evidência mais claramente as precárias condições de vida da população do Vale, na medida em que mostra que as faixas etárias mais atingidas são as de menor idade. Observou-se, no entanto, uma leve melhoria desse

indicador nos anos mais recentes. "Torna-se evidente a precariedade das condições de saúde imperantes no Vale do Ribeira; grande número de óbitos nos grupos lactentes, pré-escolares e adultos jovens, o que leva a classificarmos o nível de saúde da região estudada entre baixo e regular, de acordo com Nelson Moraes" (27). Veja o Quadro 26.

MORTALIDADE PRECOCE: "No Vale do Ribeira a proporção dos óbitos entre crianças de menos de cinco anos de vida, relativamente aos óbitos em todas as idades, oscila em torno de 50% no período de 1961 a 1967. No conjunto dos demais municípios do interior do Estado, esta proporção foi em média de 37% entre 1963 e 1967" (5). A mortalidade proporcional no grupo de 1 a 4 anos, grupo particularmente vulnerável às condições sociais hostis, ainda alcança níveis, elevados nos dias de hoje, no Vale.

MORTALIDADE INFANTIL: Este é o melhor indicador das condições de vida de uma população, pois é bastante sensível à queda da qualidade de vida e às flutuações sócio-econômicas. O Vale do Ribeira apresenta elevadas taxas de mortalidade infantil, porém este índice sofreu na região um ligeiro declínio nos últimos 15 anos. Pode-se verificar também que esta queda se deve à diminuição da mortalidade infantil tardia, permanecendo estável a neo-natal. Em 1967, a mortalidade infantil no Vale do Ribeira esteve em torno de 70 por mil nascidos vivos. A elevada mortalidade peri-natal deve-se, em grande parte, às condições muito insatisfatórias de assistência à gestante, manifestadas nas precárias condições de acesso aos serviços de assistência pré-natal, na proporção muito elevada de partos não assistidos por médicos ou parteiras adequadamente treinadas (Veja o Quadro 29 e o Gráfico 1).

MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA: "A proporção de óbitos sem certificados médicos, isto é, sem assistência médica durante o episódio fatal da doença, atingiu em média... 64,5% do Vale do Ribeira no período entre 1963 e 1967" (26). Este grande número de óbitos por causas mal definidas prejudica uma melhor análise da mortalidade por causa específica. No restante dos óbitos, observamos que, "a grosso modo poderíamos dizer que as causas infecciosas e dependentes do meio ambiente destacam-se mais do que nas outras regiões do Estado" (27). As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 16,7% dos óbitos ocorridos no Vale em 1967 (Veja Quadros 27 e 28).

c) Saneamento Básico

A insuficiência de saneamento básico é geral na região. Se as áreas urbanas estão razoavelmente cobertas pela rede de água (em algumas cidades, encontramos índices razoáveis de cobertura da população pela rede de água) e, mesmo que deficitariamente contam com alguma proteção através da rede de esgotos, nas zonas rurais a situação geral é de completa desassistência. A grande maioria da população do campo não é servida por rede de água e esgotos, e utiliza poços e fossas (sépticas, negras, etc.). Essas precárias condições de saneamento da zona rural do Vale constituem, certamente, um fator de agravamento dos baixos níveis de saúde da população.

Entre os óbitos por doenças redutíveis por saneamento, destaca-se com maior frequência os provocados por diarreia aguda.

Vale a pena lembrar que a maioria da população da região vive na zona rural, o que dificulta a solução do problema de saneamento básico.

d) Recursos de Saúde

Os recursos de saúde da região são bastante escassos, não satisfazem as necessidades da população. Até 1972, a região possuía 9 hospitais, sendo 1 público (estadual - SS/SEP) e 8 privados. O maior hospital é o Regional, situado em Pariqueira-Açu e criado em 1951.

Existe um número insuficiente de médicos. Em 1969, a proporção era de 2,29 médicos para 10.000 habitantes, sabendo-se que o desejável, segundo normas da OPS/OMS, seria 10 para 10.000. Além de serem poucos, os médicos estão mal distribuídos: a maioria concentra-se em Registro e Pariqueira-Açu. Em relação aos outros profissionais da área de saúde, a situação é ainda pior. Faltam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, atendentes, pessoal de laboratório, etc.

O número de leitos da região também é insuficiente. A proporção aconselhada é de 4,5 leitos por 1.000 habitantes; o Vale tem 1,5 leitos por 1.000 habitantes.

Dentistas e outros profissionais especializados são escassos na região do Vale.

A Secretaria de Saúde instalou Postos de Saúde em todos os municípios da região e está fazendo concurso para preencher os lugares vagos. Todas as principais cidades do Vale possuem Centros de Saúde, com médicos da SS atendendo diariamente. Nas cidades menores, a SUDELPA mantém médicos nos postos para o atendimento da população, mas, por falta de melhores condições, realizam geralmente um atendimento precário.

Os hospitais da região oferecem, ao todo, cerca de 350 a 400 leitos, dos quais 2/3 são gratuitos e o restante, pagos (ver Quadros 30 e 31).

e) Conclusões

A população do Vale do Ribeira vive em más condições e está continuamente exposta ao risco de adoecer. A mortalidade infantil é alta, bem como a mortalidade proporcional para menores de 4 anos. As causas de morte freqüentes, além dos acidentes, são as doenças infecto-parasitárias.

A tuberculose e a lepra são endêmicas na região. Recentemente, foi descoberto um foco de esquistossomose em Miracatu e suspeita-se da presença de doença de Chagas em Juquiã (30).

Os recursos, tanto materiais como humanos, são escassos.

Quase metade da população infantil da zona rural do Vale é desnutrida, sendo esta condição mais freqüente entre os filhos de trabalhadores assalariados do que entre os pequenos proprietários (29).

5. Histórico e Origens do Programa

A história do "Programa de Medicina Comunitária da USP" no Vale do Ribeira tem sua origem em 1967, quando o Dr. Guilherme Rodrigues da Silva assumiu a Direção do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, trazendo as primeiras idéias a respeito de um programa de medicina regionalizada.

No mesmo ano, o Departamento de Medicina Preventiva da USP firmou acordo com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado

de São Paulo, sendo então secretário o Dr. Walter Leser, para a realização de um diagnóstico de saúde da região do Vale do Ribeira. Este diagnóstico é feito por uma equipe de 7 a 8 pessoas, entre docentes e alunos, ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, e financiado pela Secretaria Estadual de Saúde.

O objetivo do diagnóstico de saúde era preparar as bases para a implantação de um programa de atenção médica regionalizada.

Na Introdução de um artigo escrito conjuntamente com o Dr. Eglon Malta Santos, contendo a proposta do programa, o Dr. Guilherme Rodrigues da Silva apresenta um resumo de suas idéias:

"A preconizada integração dos serviços de saúde ainda não se generalizou entre nós. Aceita com maior ou menor entusiasmo e até mesmo combatida, sua prática encontra inúmeras dificuldades. Referimo-nos à integração ou sua total abrangência, de promoção, preservação e restauração de saúde...

No estado de São Paulo a recente reforma da Secretaria de Saúde - ainda em implantação - mantém hospitais agrupados em órgãos distintos daqueles aos quais pertencem os Centros de Saúde, embora congregue ambos no mesmo programa geral de trabalho.

O presente trabalho refere-se à proposta de criação de área programática experimental para a prestação de serviços integrados de saúde-hospitalares e médicos-sanitários. Tais serviços visarão à promoção, preservação e restauração da saúde" (27).

No Vale do Ribeira, foram escolhidos inicialmente dois municípios para a implantação do programa: Paríquera-Açu, onde já existia desde 1951 o Hospital Regional, e Jacupiranga.

Quais as razões para a escolha de uma região como o Vale do Ribeira para um programa desse tipo?

"A despeito dos mais variados estudos, o Vale do Ribeira vem desafiando governos sucessivos, nos múltiplos órgãos por eles criados ou interessados na sua complexa problemática sócio-econômica.

Inserida entre duas grandes metrópoles - São Paulo e Curitiba - a sub-região do Vale do Ribeira, devido à caprichosa geomorfologia do litoral de São Paulo, constitui um compartimento geográfico estanque com núcleos populacionais esparsos e relativamente isolados, submetidos a condições de vida bastante precárias.

te do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP, que havia trabalhado ali conjuntamente com o Departamento de Medicina Preventiva. Alguns professores da Pediatria já conheciam e haviam realizado trabalhos junto ao Hospital Regional em Pariqueira Açu, demonstrando interesse em promover a área para treinamento de alunos.

"O Hospital Regional, criado em 1951 - só recentemente teve seu acesso possibilitado com o desenvolvimento do sistema rodoviário. Mal localizado de início, em Pariqueira-Açu, não pôde até hoje superar as dificuldades para a fixação do pessoal técnico, por falta de atrativos de toda ordem. Agora, recuperado, poderá ser o centro de todas as atividades da área programática proposta. Permitirá ainda sua utilização em treinamento e estágios de estudantes de medicina e de administração hospitalar com vantagens para o hospital e para os interessados

Será realmente um hospital no exercício de todas as suas funções, responsável por todos os problemas de saúde na sua área, mercê das atividades extra-murais, conforme preconizado pelo Professor Odair Pacheco Pedrosa" (27).

Após a fase inicial de diagnóstico das condições de saúde do Vale do Paraíba, em 67/68, o projeto conjunto da USP e Secretaria de Saúde entrou em uma fase de inatividade entre 1969 e 1970. Uma série de questões administrativas e burocráticas atrasava sua efetivação pela Secretaria de Estado de Saúde. Além disso, havia divergências entre o Departamento de Medicina Preventiva da USP e alguns setores e órgãos da própria Secretaria de Saúde, quanto à definição e aos rumos do projeto. O projeto propunha, por exemplo, a integração dos serviços, o que contrastava com a estrutura dividida em uma Coordenadoria de Saúde da Comunidade (que abrangia os postos e centros de saúde) e uma Coordenadoria Hospitalar (para estabelecimentos hospitalares). Existindo em Pariqueira-Açu um hospital regional da Secretaria de Saúde, sob o controle da Coordenadoria Hospitalar, e envolvendo o projeto atividades conjuntas do hospital com centros de saúde, não foi fácil chegar a um acordo, apesar de ambas as Coordenadorias pertencerem a uma mesma Secretaria.

Em fins da década de 60, o Estado de São Paulo empenhou-se na reorganização de sua Secretaria de Saúde e na implantação de um sistema administrativo com base regional, culminando com o De-

creto-Lei nº 50.193, de 13.08.68, que trata da Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde de São Paulo.

Permanecia o interesse da USP em firmar um convênio com a Secretaria de Saúde para a realização do projeto de atenção médica regionalizada. A Reforma Administrativa da Secretaria, que descentralizou sua atuação, criou as condições para que as duas instituições firmassem um acordo.

Em 1970, a proposta de tal projeto foi formalizada em um artigo escrito pelos Drs. Guilherme Rodrigues da Silva e Eglon Malta Santos, este último da Secretaria de Saúde. Partiam da afirmação de que a condição sanitária da população é importante fator de produtividade econômica, em se tratando de população como pré-requisito à implantação de um plano de desenvolvimento global. Com base nestas considerações, o Departamento de Medicina Preventiva da USP propôs a criação de uma Área Programática Experimental na região do Vale do Ribeira para a prestação de serviços integrados de saúde. O projeto integrado ficaria encarregado das diversas atividades de promoção, preservação e restauração de saúde na área. Tendo como base a integração dos serviços de saúde locais, procuraria organizar uma estrutura administrativa voltada para a resolução dos problemas de saúde, de acordo com as necessidades da população e com os recursos disponíveis. A idéia inicial das duas instituições era não um Programa de Medicina Comunitária para a região, mas um Programa visando a implantação de um serviço de assistência médica regionalizado e racionalizado, com integração da Universidade e da Secretaria. Este Programa serviria de campo de treinamento para alunos e residentes da Faculdade de Medicina da USP (32). Mesmo assim, entre 1970 e 1974, a idéia do projeto caminhou a passos lentos, em parte devido aos demorados trâmites legais da assinatura do convênio entre a USP e a Secretaria de Saúde.

Em 1971, foram escassas as atividades ligadas ao projeto. Porém, no ano seguinte, um grupo de médicos residentes do Departamento de Medicina Preventiva da USP começaram a discutir a Residência de Medicina Preventiva, e dessa discussão surgiu a proposta de um estágio prático a ser realizado pelos residentes do Departamento no Hospital Regional do Vale do Ribeira, em Pariqueraçu. Uma vez aceita a proposta pelo Departamento, foram realizados entendimentos e acordos, em caráter pessoal e não oficial, com

a Secretaria de Saúde para a realização do estágio. A idéia foi aceita pela Secretaria e entre 72 e 73 alguns residentes participaram do estágio, estabelecido por acordo verbal entre as duas partes.

O estágio se dividiu entre as atividades no Hospital Regional e no Centro de Saúde de Pariquera-Açu. Na realidade, consistiu num treinamento sem maiores programações nem orientação eficiente e constante por parte de docentes. Após esse período inicial "espontaneísta", a partir de 1974 o Departamento indicou o Dr. Júlio Litvoc para coordenação do estágio dos residentes no Vale do Ribeira. Menos que uma definição formal, tornava-se necessário que a assistência ao estágio fosse, não mais um compromisso moral de alguns docentes junto aos residentes, mas uma tarefa a ser assumida por todo o Departamento.

O Dr. Júlio Litvoc coordenou o estágio entre 74 e 75. Sem condições de prestar uma assistência mais constante aos residentes na área de treinamento, devido às outras atividades por que respondia no Departamento de Medicina Preventiva, resolveu dar alguma autonomia ao trabalho dos estagiários. Como não podia assumir uma supervisão com a continuidade necessária, decidiu não interferir. Tinham os residentes "liberdade de proposta de trabalho" e certa autonomia de "direcionamento e reivindicação" (11). Foi nesta época que surgiu, de maneira mais clara, uma proposta de medicina Comunitária, sobrepondo-se e somando-se ao projeto de atenção médica regionalizada.

Entre 74 e 75, alguns residentes do 2º ano se interessaram em permanecer no Vale do Ribeira para dar continuidade ao trabalho que vinham desenvolvendo. Queriam permanecer na região por um período mais longo, ligando-se ao projeto. Foi solicitado ao Departamento de Medicina Preventiva uma programação definida e sem cortes ou interrupções, orientação e supervisão contínuas e um campo mais determinado de treinamento para os residentes e internos. Diante do atraso na assinatura do Convênio entre a USP e a Secretaria de Saúde, o Departamento não tinha condições de encaminhar sozinho esta proposta.

Nesses dois anos, considerando a "fase Provisória" do Programa, começou a se esboçar uma programação para o estágio. O Dr.

Litvoc, auxiliado por outros docentes, escreveu um longo e detalhada programação para os estágios em campo, na qual previa uma série de atividades na área de Saneamento, Atenção Materno-Infantil, Assistência Médico-Sanitária não especializada, Controle de Tuberculose, Odontologia Sanitária e Epidemiologia. Na realidade, dessas atividades programadas, a única que entrou em funcionamento foi a de Atenção Materno-Infantil. Foram feitos, então, contatos com a DEVALE/Secretaria de Saúde, tendo em vista conseguir recursos físicos e materiais para o Programa Materno-Infantil. Através de contatos informais e compromissos verbais, obteve-se a implantação desse programa junto ao Centro de Saúde, em trabalho conjunto com o pessoal da Secretaria.

Em 1975, o Departamento de Pediatria da USP interessou-se pela região do Vale do Ribeira e propôs um estágio rural obrigatório para os internos da Faculdade de Medicina, patrocinado pela Pediatria, Preventiva e Clínica Médica. Por pressão dos alunos e internos, que faziam críticas constantes ao Programa, devido à falta de condições de trabalho e ensino, falta de orientação e supervisão, a idéia não vingou, tornando-se apenas um estágio opcional para os interessados.

O Departamento de Medicina Preventiva criou uma Comissão de Coordenação do Estágio, composta de alunos e professores. A Comissão propunha-se a dar supervisão ao treinamento através de visitas quinzenais à área e seminários com residentes e internos da Preventiva e Pediatria sobre a caracterização da área de saúde, a atenção médica em geral e o programa de Parquera-Açu e sua avaliação. Persistia, no entanto, o sistema precário de coordenação do estágio, e o único trabalho concreto realizado nesta época, junto com a Secretaria, foi o treinamento durante um mês de auxiliares e atendentes de saúde da DEVALE por internos e residentes no Centro de Saúde de Parquera-Açu.

Por iniciativa dos residentes, foi realizado, ainda, um programa de utilização de estudantes do 2º ciclo no Centro de Saúde, para tarefas de educação sanitária.

Em relação ao trabalho de participação comunitária junto aos programas de saúde, bem ou mal desenvolvidos, não houve definição nem por parte da USP nem por parte dos próprios estagiários que

não sabiam com esta participação devia se efetivar. Espontaneamente, alguns residentes, internos ou docente que tivesse maior interesse procurava desenvolver atividades comunitárias. Contudo, nesse período do projeto, essas atividades nunca tiveram grande expressão.

No início de 1976, quando a Secretaria de Saúde iniciou o programa de suplementação alimentar, com a distribuição de leite em pó e Gestal, o Departamento de Medicina Preventiva realizou seminários com os residentes e internos, para uma discussão crítica sobre a validade desse procedimento. Neste mesmo ano, foram feitos os primeiros contatos com as professoras das Escolas Comunitárias da região, visando uma aproximação com a comunidade.

Numa visão retrospectiva, analisando o que foi o programa realizado pela USP entre 70 e 76, constatamos uma grande heterogeneidade de práticas e mesmo de objetivos. Enquanto a Pediatria levava seus internos e residentes para estágios clínicos centrados no Hospital Regional, a Preventiva só assumia o Centro de Saúde. Nunca houve uma programação conjunta e unitária para os diversos estagiários, e a falta de recurso, bem como a desorganização dos serviços utilizados (o hospital e o centro) entravavam bastante o processo de treinamento.

Retornando, em 1975, os contatos e discussões entre a USP e a Secretaria de Saúde, renovando-se o interesse pela implantação de um programa comum na área. No 2º semestre, foi firmado o convênio entre as duas instituições.

O Convênio previa a "operação conjunta de um Centro de Saúde Escola" no município de "Pariqueiranga" (33), e definia seis objetivos a serem cumpridos pelas duas partes:

- "1 - Estabelecer as bases de cooperação para o planejamento e desenvolvimento conjunto de programas docentes, de pesquisa do interesse da Saúde Pública e de extensão de serviços à comunidade.
- 2 - Estimular o interesse dos estudantes pelos problemas de saúde nas comunidades e motivá-los para as carreiras de Saúde Pública.

- 3 - Familiarizar estudantes e profissionais com os objetivos, técnicas e programas de Saúde Pública, preparando-os para deles participarem qualquer que seja a especialidade e nível de atuação profissional.
- 4 - Estimular a organização e funcionamento de Sistemas de Saúde com integração de atividades e serviços.
- 5 - Organizar e desenvolver programas comunitários de Saúde para a prática e aprendizado de estudantes e profissionais.
- 6 - Treinar pessoal técnico e auxiliar no campo de ação da Saúde Pública" (Ver Anexo I).

A partir desse convênio inicialmente firmado, limitado a um Centro de Saúde em Pariquera-Açu, o Projeto transformou-se em Programa e começou a ser efetivamente implantado. Entre setembro e dezembro de 1976, na "Fase de Implantação", o Programa tomou corpo e, já ao final desse ano, os primeiros residentes se dirigiam para a área. Em setembro, a Coordenação do Programa foi assumida pelo Dr. David C. da Costa Filho, pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP.

6. O Programa do Vale do Ribeira: Proposta e Práticas

A) A Proposta

Como se tratava de um Projeto Piloto, estaria inicialmente limitado a duas áreas previamente escolhidas: Pariquera-Açu e Jacupiranga. Dependendo dos resultados, previa-se a sua expansão para outros municípios. O próprio convênio estabelecido entre a USP e a Secretaria de Saúde, em 1976, falava apenas do Centro de Saúde de Pariquera-Açu.

As razões do Departamento de Medicina Preventiva da USP em escolher essas 2 cidades para constituírem a área programática e experimental foram, em relação a Jacupiranga, as seguintes:

- "a) apresenta condições mais próximas da média para a sub-região que qualquer outro município;
- b) possui extensa e diversificada área rural;
- c) situa-se próximo de Pariqueira-Açu e se liga a esta cidade por meio de estrada de qualidade satisfatória;
- d) está completamente desprovida de recursos médico-sanitários" (27).

Pariqueira-Açu foi escolhida, obviamente, por ser a sede do Hospital Regional.

O projeto do Departamento de Medicina Preventiva previa a implantação nas Unidades Sanitárias desses dois municípios de um programa semelhante ao que delineia o Artigo 1º, III, 3 do Decreto-Lei nº 50.192 (que trata da Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde).

Ao acompanharmos o surgimento e a história desse projeto, desde os idos de 67/68 até a sua implantação em 76/77, quase dez anos depois, observamos que, além das premissas e conceitos gerais da proposta e dos termos do Convênio firmado entre a USP e a Secretaria, falta uma melhor especificação do Programa. Não existe, ou pelo menos não localizamos, documento da USP ou da Secretaria que detalhe a operacionalização do Programa. O único programa escrito (em 1974) é o dos docentes do Departamento, para orientar os estagiários da USP no Vale. Este, sim, é um programa amplo e detalhado.

O artigo do Decreto-Lei que implanta a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde, citado acima, define seis pontos em torno dos quais devem girar as atividades dos Centros de Saúde:

- 1. Atenção Médica:
 - a) Atenção Obstétrica
 - b) Atenção Pré-Natal
 - c) Atenção pediátrica e puericultura
 - d) Atenção médica a adultos
- 2. Nutrição

3. Saneamento
4. Controle de Doenças Transmissíveis
 - a) Controle de Tuberculose
 - b) Controle de Hanseníase
 - c) Imunizações
5. Educação sanitária e demais atividades visando a promoção e preservação da saúde
6. Epidemiologia e Estatística.

Na ausência da especificação de um programa, os residentes tendem, na prática, a transformar em programa as atividades de finidas pela Secretaria de Saúde para seus serviços.

O Centro de Saúde Escola (CSE) tem o objetivo de prestar serviços médico-sanitários, de treinamento e de pesquisa. A ele é também atribuída a execução de todas as atividades que seriam da competência dos órgãos locais de Saúde Pública. O CSE constitui um órgão integrado à rede de serviços (Unidades Sanitárias) da DEVALE (Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira) mas operado diretamente pela Faculdade de Medicina, através de seu Departamento de Medicina Preventiva. Possui um Conselho Diretor (vide Anexo I) que responde pela orientação, coordenação e supervisão das atividades do Centro e das Unidades Sanitárias que a ele estiverem ligadas. Outra função do Conselho é integrar as atividades do CSE e do Hospital Regional de Paríquera-Açu. Esta integração de serviço é prevista em convênio à parte, firmado entre a Secretaria de Saúde e a Faculdade de Medicina.

O CSE começou, realmente, a funcionar como tal em dezembro de 1976. Foram, então, para ele enviados internos e residentes, que deveriam dividir suas atividades entre o Centro de Saúde e o Hospital. O estágio de cada interno tem a duração de um mês, e os residentes ficam três meses por ano no Vale. Como o número de internos e residentes mostrou-se muito elevado para ser absorvido somente pelo Centro de Saúde e pelo Hospital de Paríquera-Açu, o Departamento de Preventiva propôs que os alunos e treinandos fossem distribuídos pelas várias Unidades Sanitárias dos 16 municípios do Vale. Cada município tem um Centro de Saúde em sua sede. Acei-

ta a idéia pela Secretaria, procurou-se primeiramente lotar os estagiários nos seis Centros de Saúde que possuem médicos-sanitaristas em sua direção. Os seus municípios foram: Pariquera-Açu, Juruá, Jacupiranga, Sete Barras, Registro e Apiaí.

Esse foi um passo importante, na medida em que, ao nosso ver, operacionalizou mais efetivamente a integração ensino-serviço, evitando a concentração em um único Centro, que poderia continuar a ser apenas uma área experimental ou piloto, sem refletir com exatidão a realidade.

B) As Práticas

Pelas normas de Secretaria de Saúde, uma Unidade Sanitária deve cumprir as seguintes atividades:

- 1) Saneamento
- 2) Atenção materna
- 3) Atenção à criança
- 4) Assistência Médico-sanitária não especializada
- 5) Controle da Tuberculose
- 6) Controle da Lepre
- 7) Odontologia Sanitária
- 8) Epidemiologia e Estatística

Para ilustrar como funciona uma Unidade Sanitária da Secretaria de Saúde de São Paulo, apresentamos uma sucinta descrição das Unidades de Pariquera-Açu e Jacupiranga.

Em Pariquera-Açu, a Unidade conta com 17 funcionários, sendo: 12 atendentes e visitadoras domiciliares, 1 servente, 1 escriturária, 1 motorista e 2 auxiliares de laboratório. Há um médico-sanitarista que presta atendimento e dirige a Unidade e, no momento de nossa visita, havia também um interno de medicina da USP. O Centro funciona das 8 às 17 horas. O médico e o interno atendem às consultas médicas (cerca de 40 consultas diárias). As visitadoras e atendentes são responsáveis por pré e pós-consultas (peso, altura, triagem, suplementação alimentar, orientação de receita médica, etc.). As atendentes são também responsáveis pela imunização e por curativos, pelo arquivo e recepção. A unidade funciona em um prédio com 10 salas, razoavelmente equipadas. Possui uma via

tura própria. As atividades da equipe de saúde em Pariquera-Açu são centradas dentro da Unidade.

Em Jacupiranga, existe uma US com 22 funcionários; 17 atendentes e visitantes domiciliares, 2 serventes, 1 motorista e 2 escriturárias. Um médico sanitarista chefia a Unidade e é responsável também por atendimento às consultas, por um médico clínico, em regime de meio expediente, e um interno (rodízio mensal) que ajuda nas atividades médicas. A média total de consultas também se situa em torno de 40. A rotina de serviço é semelhante a de todas as outras Unidades sanitárias. Está instalada num prédio de tamanho regular (10 salas), com equipamento satisfatório, e possui também um veículo próprio.

Acrescentamos a este relato sumário algumas observações sobre o Centro de Saúde de Juquiã, que funciona num esquema semelhante ao dos outros já descritos. Conta com uma médica-sanitarista e 2 ou 3 internos em sistema de rodízio. Em Juquiã foram instalados dois sub-postos em distritos mais distantes da sede do município que funcionam durante dois dias na semana com consulta médica, quando a médica ou o interno se deslocam até lá. Nos dias restantes, uma auxiliar de enfermagem, residente no local, responsável pelo posto, atende consultas de enfermagem e faz imunizações.

Como já afirmamos, as atividades de saúde desenvolvidas pelos residentes e internos são as atividades de rotina das US da Secretaria de Saúde. Nas palavras do atual Coordenador do Programa, Dr. David C. da Costa, o estágio tem como objetivo dar ao interno uma visão geral das condições de vida e saúde daquela população e a compreensão do que seja o funcionamento e o dia-a-dia de um Centro de Saúde em condições "não-ideais", isto é, numa área rural atrasada e com poucos recursos (35).

Ao lado das atividades de saúde, é proposta do programa desenvolver atividades de educação sanitária e participação comunitária. Este segundo aspecto das atividades do programa é, na prática, de certa maneira prejudicado. As exigências do cumprimento das rotinas e atividades de saúde (atendimentos, consultas, etc.) aliadas à necessidade de eficiência dos serviços imposta pela Secretaria absorve a maior parte do tempo disponível pela equipe de saúde e pelos estagiários, relegando a um plano secundário a ação educativa.

O desenvolvimento das atividades educativas e de participação comunitária nos diversos Centros de Saúde é bastante heterogênea: em alguns é praticamente inexistente; em outros concretizaram-se alguns passos importantes de aproximação com a comunidade.

Por outro lado, a inexistência de uma discussão mais constante e de uma permuta das experiências entre as diversas equipes de saúde, internos e estagiários, tolhe o desenvolvimento da atividade educativa.

Em alguns Centros de Saúde, prevaleceu, numa primeira instância, a proposta de centrar a atividade dentro do Centro (Pariqueira-Açu e Jacupiranga); em outras Unidades (Sete Barras, Apiaí e Juquiã), procurou-se desde o início os caminhos que levam à comunidade. Esses caminhos, ainda que variem conforme a área, têm, pelo menos nos municípios concentrados em torno de Registro (Juquiã, Jacupiranga, Sete Barras, Pariqueira-Açu, etc.), um marco comum: as Unidades Escolares Comunitárias (UEC).

As Escolas Comunitárias são unidades de ensino básico da Secretaria Estadual de Educação, em sua maior parte rurais, espalhadas por toda região do Vale do Ribeira. Localizadas nos pequenos núcleos de moradores esparsos pela área rural da região, procuram dar àquelas populações totalmente carentes a mais ampla cobertura em educação básica, educação sanitária, etc. Cada unidade escolar tem uma professora primária, que reside em anexo da própria escola e responde diante da Secretaria de Educação por aquela comunidade.

Entrar em contato com as comunidades através das Escolas Comunitárias, com a colaboração das professoras, tem sido uma forma interessante de levar adiante o trabalho educativo.

Outra forma utilizada são os contatos com os sindicatos rurais da região. É mais lenta e apresenta maiores dificuldades devido, principalmente, à desmobilização e ao esvaziamento da maioria dos sindicatos da região. Nos casos em que se obteve êxito, contudo, o resultado parece ter sido positivo; convidado a participar da reunião do sindicato, o médico podia expor seus objetivos quanto à participação comunitária e à educação sanitária e discutir-las com os presentes.

A terceira forma utilizada foram os contatos com grupos religiosos: padres católicos, seitas protestantes, etc. Os resultados restritos até o momento tem desestimulado este caminho. São muito escassos e pouco ativos os "grupos de reflexão" ou "grupos de jovens" organizados pelas diversas paróquias do Vale. Contatos com alguns grupos protestantes também não surtiram melhores resultados. Criaram-se, mesmo, áreas de conflito, quando, por exemplo, uma determinada seita protestante opôs-se às atividades de imunização do Centro de Saúde, no município de Juquiã.

Uma das melhores formas de aproximação com a comunidade foi, até o momento, o estímulo à formação de cooperativas de pequenos agricultores. Em determinada região, foi criada uma pequena cooperativa de plantadores de feijão e tomate, cujo êxito, tanto na formação como nos primeiros passos da comercialização dos produtos, propiciou uma boa oportunidade de desenvolvimento da atividade educativa da equipe de saúde.

Numa cidade maior, tenta-se desenvolver as atividades educativas e comunitárias através da formação de associações de moradores de bairro. Como essa experiência ainda está dando os primeiros passos, é cedo para que se possa avaliá-la.

As formas mais tradicionais de atividade educativa e de participação comunitária - tais como "clubes de mães", "grupos de gestantes", "grupos de reflexão sobre saúde", etc. - não foram utilizadas até o momento pelas equipes de saúde do Vale do Ribeira, o que não significa que tenham sido descartadas pelas equipes como possíveis formas de intervenção. É possível que, no futuro, com o desenvolvimento das atividades de educação e participação, dependendo das características de cada comunidade e cada área, venha a ser utilizada uma combinação de todas essas formas de intervenção.

O trabalho de educação e de participação encontra-se ainda numa fase muito embrionária e experimental, o que é natural dado o curto tempo de implantação do Programa no Vale (mais ou menos um ano) e os poucos recursos humanos disponíveis para assumirem todas as atividades e tarefas nos Centros de Saúde.

Até meados de 1977, as atividades da equipe ligado ao Programa concentraram-se nos Centros de Saúde. No segundo semestre desse ano, com a contratação pela USP de quatro médicos clínicos

para trabalharem no Hospital Regional de Pariqueira-Açu, outras atividades ganharam maior abrangência.

A Coordenação do Programa realiza reuniões semanais de avaliação com os internos, estagiários no Vale do Ribeira. Os sanitaristas e residentes ligados ao Programa reúnem-se com menos frequência para, por sua vez, discutirem o Programa, as dificuldades e contradições enfrentadas, as atividades de saúde, de educação e de participação comunitária.

7. Algumas Hipóteses e Conclusões

Concluídas as diversas etapas de nosso trabalho - a caracterização da área e da população, o estudo sumário das condições de vida e saúde, o levantamento das origens, do histórico, das propostas e práticas do Programa de Medicina Comunitária do Vale do Ribeira - resta apresentar algumas conclusões que não pretendem ser afirmações definitivas sobre a experiência desenvolvida na região, e sim hipóteses sobre os diversos aspectos que o trabalho envolve. Esperamos que essas hipóteses sejam capazes de motivar uma discussão mais profunda, que leve a uma melhor compreensão do que passa no Vale e de como o Programa pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e uma participação comunitária mais autêntica e independente.

A rigor, o Programa que a USP/Secretaria de Saúde desenvolvem no Vale do Ribeira não pode ser considerado um "programa de Medicina Comunitária", no sentido clássico da expressão. Criado, inicialmente, como um programa para uma área de serviços de saúde integrados, sendo a participação comunitária um dos componentes da proposta, viu-se mais recentemente colocado como "programa de medicina comunitária", quando as experiências desse tipo no Brasil ganhavam mais espaço e tornavam-se assunto do dia nas discussões.

Na verdade, o Programa do Vale do Ribeira é visto por óticas diferentes pelas diversas instituições, interessados e participantes a ele ligados. Segundo o convênio assinado entre a USP e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o Programa pode ser caracterizado como uma experiência de treinamento de pessoal e de integração ensino/serviços de racionalização de serviços de saúde

em uma área, sendo a participação comunitária um aspecto importante da integração e racionalização. Pelas nossas observações, a Secretaria de Saúde privilegia mais o aspecto da eficiência dos serviços do que o da participação da população no Programa, dicotomizando os dois aspectos.

Dentro do próprio Departamento de Medicina Preventiva da USP, os diversos docentes parecem entender o Programa do Vale do Ribeira de maneira mais ou menos heterogênea. Há consenso em torno do aspecto integração ensino/serviços, mas as opiniões mudam quando se tenta focar os aspectos principais do programa: se é a racionalização e integração dos serviços, se é o ensino e treinamento dos internos e residentes ou se é a participação comunitária.

A Coordenação do Programa, atualmente sob a responsabilidade do Dr. David Capistrano da Costa Filho, designado pela USP, sem negar a importância da participação comunitária, considera como aspecto principal o treinamento dos internos e residentes em um estágio de "medicina rural", onde possam entrar em contato com uma realidade bem concreta, tanto no que concerne a populações carentes em saúde quanto no que diz respeito ao funcionamento de serviços de saúde em condições não acadêmicas e ideais (35).

As equipes de profissionais de saúde que desenvolvem trabalhos em campo no Vale do Ribeira também têm opiniões diferentes. Uns tendem, de uma maneira geral, a valorizar mais o trabalho de participação comunitária sem desprezar os aspectos da eficiência dos serviços. Outros consideram prioritário o trabalho de atenção médica.

Mais variada ainda é a forma de encarar o Programa entre os internos e residentes. Se em relação aos residentes (no caso, residentes de Medicina Preventiva) há, no geral, um interesse maior em participar do Programa e em desenvolver as atividades de saúde, educação e participação, por parte dos internos esse interesse não é constante. Para muitos, o Programa é apenas um estágio obrigatório do internato, onde talvez aprendam mais algumas coisas.

Quanto à população, é muito difícil dizer o que ela pensa do Programa ou mesmo se toma conhecimento da existência do mesmo. Nosso contato com ela foi escasso e muitas vezes por vias indiretas, ou seja, através de elementos da equipe do Programa. Ne-

cessitaríamos de mais tempo de permanência em campo para sentirmos melhor como está reagindo a população a esta experiência. Mais adiante retornaremos à questão.

Dada essa idéia geral de como as várias partes envolvidas no Programa percebem os seus objetivos, tentaremos fazer uma breve análise de alguns de seus elementos mais importantes.

Antes disso, é importante ressaltar as limitações desse trabalho, cujas causas vão desde as nossas próprias limitações para o desenvolvimento do Projeto, o tempo de que dispusemos, até a dificuldade de localização da escassa bibliografia sobre a região e de documentos e avaliações sobre o próprio Programa. Queremos, portanto, deixar bem claro que esse trabalho não pretende esgotar o assunto, e sim abrir caminhos para uma série de estudos mais aprofundados e levantar a discussão em torno de algumas hipóteses.

A) Em primeiro lugar, com base nos dados coletados e na observação de campo, tomando como referencial as questões colocadas no texto "A questão agrária e os programas de extensão de cobertura no campo", tentaremos entender como se processam as relações sociais e o modo de produção no Vale do Ribeira.

Trata-se de uma região em que predominam e coexistem duas formas de produção agrária - a pequena produção camponesa ("pré-capitalista") e as agro-indústrias capitalistas - e nela encontramos, ao que nos parece, cerca da metade da população ligada à pequena produção camponesa. Quase 50% da população produtiva, ao que tudo indica, possui pequenas propriedades, a maioria das quais aproximadamente 80% menores que 10 hectares. Estes pequenos e médios camponeses praticam uma cultura de subsistência - milho, feijão - dedicam-se aos hortigranjeiros e à agricultura, além de plantar banana. Este último produto, porém, é cultivado cada vez mais pelas grandes empresas da região, que dispõem de maiores recursos financeiros para cultivar, colher e processar industrialmente a banana. Por outro lado, a pequena empresa rural, principalmente aquela ligada ao cultivo de chá e banana, devido aos seus poucos recursos é obrigada a vender a sua produção para as empresas agroindustriais, que têm condições de processá-las industrialmente e vendê-la no mercado interno ou encaminhá-la para a exportação. Assim, as grandes empresas determinam o preço pelo qual compram a produção dos peque

nos e médios camponeses. Estes, quando não caem nas mãos das grandes empresas, são vítimas do arbítrio dos "intermediários", que compram os produtos baratos na região para revendê-los na capital ou em outros lugares por preços bem maiores. Podemos observar, inclusive, que, não raro, os produtos são vendidos ao "intermediário" que os comercializa na capital, de onde voltam para a região com preços bem superiores.

Além dos sérios problemas de comercialização do produto, os pequenos e médios produtores enfrentam a grave questão dos financiamentos para a obtenção de recursos necessários para o aumento da produtividade da terra. Esta se mantém invariavelmente baixa, apesar do endividamento crescente dos produtores, o que se reflete no agravamento de suas condições de subsistência, já bastante precárias.

Por outro lado, há também o problema da posse da terra na região. A grande concentração da propriedade rural em mãos de poucos reproduz no Vale uma situação que é geral em todo país. Daí, então, a existência de posseiros, arrendatários, meeiros, etc. Em algumas áreas, surgem contradições mais ou menos importantes entre os posseiros e os pretensos proprietários das terras ocupadas e cultivadas, chegando até a iminência de choques.

Quando aos assalariados rurais, seu número vem crescendo de maneira mais ou menos acentuada nos últimos anos. Embora em número ainda bastante inferior ao dos camponeses propriamente ditos, os assalariados do campo - temporários e permanentes - têm certa relevância no Vale. São aproximadamente 14 mil pessoas. Dedicam-se a atividades ligadas ao cultivo da banana e do chá. Pelo que podemos observar, a situação de vida destes assalariados é bastante precária: baixos salários, pouco respeito à legislação trabalhista, pouca mobilização e sindicatos urraia pouco atuantes e representativos.

Na região existem os sindicatos rurais patronais e os dos empregados, mas tanto uns como os outros são pouco ativos e, em várias localidades, encontram-se sob intervenção, devido muitas vezes à falta de quorum nas eleições, falta de candidatos à direção dos sindicatos, etc. Em alguns municípios (pelo menos em um observamos isso) há uma tendência à renovação e participação nos sindicatos rurais.

Resumindo, entendemos que a questão agrária no Vale do Ribeira se passa em duas instâncias: uma, na questão da terra, do acesso à terra (propriedade da terra), que envolve, além da posse da terra, os financiamentos, a mecanização, a modernização do cultivo para o aumento da produtividade, a melhoria da infra-estrutura (estradas, etc.) e a comercialização do produto. Estas questões afetam os pequenos e médios camponeses, aos quais se contrapõem os grandes proprietários, as grandes empresas e os "intermediários" e "comerciantes" que compram seu produto para revendê-lo por melhores preços. Por um lado, a luta pela terra coloca em enfrentamento direto os pequenos camponeses e as grandes propriedades; por outro lado, a questão da venda dos produtos também leva ao choque entre a pequena propriedade e a grande empresa e/ou entre a pequena propriedade e o "intermediário". Os camponeses colocam-se diante do Estado no tocante às reivindicações por melhores condições de infra-estrutura, financiamentos, máquinas e adubos necessários para o aumento da produtividade.

Quanto aos assalariados rurais (pelo menos a maioria), devido às suas péssimas condições de trabalho, a seus baixos salários e à temporariedade do trabalho, sua mobilização provavelmente se dará em torno de questões trabalhistas, tais como o cumprimento da legislação do trabalhador rural, a obtenção de melhores condições de trabalho e maiores salários. O seu interlocutor direto é o patrão, no caso, os proprietários de terra, as grandes empresas, as agro-indústrias, etc., entrando o Estado como mediador das questões.

Ao lado do trabalhador rural (o camponês e o assalariado), vem crescendo na região o operariado industrial, em consequência do lento processo de industrialização, ocorrido, por pequenos saltos, nos últimos dez anos. Não há grandes indústrias na região. As indústrias catalogadas são, em sua maioria, consideradas pequenas indústrias, com menos de 50 empregados (um grande número com menos de 10 empregados). Trata-se de uma indústria artesanal, primitiva, ligada à madeira, ao processamento de banana, chá ou outros produtos (doces, olaria, carvoaria, serraria, construção civil, artesanato, etc.). Apesar de predominar quantitativamente, esta pequena indústria é qualitativamente secundária na região. Mais importantes são algumas médias e grandes indústrias, ligadas

ao processamento de chá, madeiras, produtos químicos, cimento e metais não ferrosos. Nelas estão as parcerias mais importantes do operariado da região (tanto em termos numéricos quanto termos de qualidade). Estas indústrias se concentram em cinco municípios, principalmente, em três dos quais está em curso o Programa: Juquiã, Apiaí, Pariquera-Açu (os outros são Registro e Lporanga).

A região parece estar vivendo um processo de expansão demográfica nos últimos cinco anos. Os médicos informam que, pelos cálculos de nascimentos em alguns municípios, as projeções feitas para a região a partir do Censo de 70 estão subestimando o crescimento populacional. Pesa também nesse crescimento a imigração, que teria aumentado bastante, embora não existam dados concretos a este respeito. Informações colhidas na região indicam que haveria uma maior migração de pessoas provenientes do Paraná, de Minas Gerais e de outras regiões, provavelmente expulsas de suas terras e buscando fixar-se no Vale. Tentando interpretar esta tendência, poderíamos supor que a escolha dessa região se deva aos seguintes fatos: 1º - o Vale é uma região ainda pouco explorada e com baixa densidade populacional. Há muitas terras abandonadas e apenas cerca de 3% do solo é cultivado ou usado para pastagens. Haveria então uma "abundância" relativa de terras, sendo talvez este um dos motivos da imigração. 2º - registra-se um aumento da oferta de empregos com a expansão industrial, se bem que de forma lenta e gradativa. 3º - a vinda de camponeses sem terra para se empregarem como trabalhadores temporários. Estes se juntariam aos camponeses da região, que também teriam perdido suas terras ou seu lugar de morar nas propriedades, tornando-se assalariados urbanos ou trabalhadores temporários. Reforçando essa idéia, observamos um processo relativamente acelerado de urbanização da região, com a diminuição gradual da população do campo.

B) Outro aspecto que queremos salientar diz respeito às condições de saúde e nutrição da população do Vale do Ribeira. Sua precariedade já foi descrita no breve diagnóstico de saúde da região. Gostaríamos de ressaltar aqui algumas questões levantadas pelo Dr. Carlos Augusto Ribeiro, em sua dissertação de Mestrado de Medicina Preventiva na USP, em 1977.

Neste interessante trabalho, o autor levanta e comprova algumas hipóteses sobre o estado de nutrição da população do Vale

do Ribeira. A hipótese principal do trabalho é a de que o "estado nutricional infantil está condicionado, em grande medida, pela forma de inserção da unidade familiar na estrutura social de produção" (8). O autor observou que os assalariados, arrendatários e meeiros tendiam a apresentar maiores índices de desnutrição do que os pequenos proprietários, e que as formas mais graves de desnutrição também eram amplamente predominantes entre os primeiros. A posse da terra parece estar, portanto, relacionada com um melhor acesso aos alimentos.

Entre os assalariados urbanos e os empregados das indústrias (extrativas, carvão, madeira, químicas, construção civil, etc.) foram também observadas más condições de nutrição, sendo que os trabalhadores não qualificados eram os mais afetados. O autor comprova ainda que o estado nutricional da criança não pode ser isolado do restante da família, correspondendo ao estado nutricional da maioria dos outros membros, principalmente ao da mãe e dos irmãos. Finalmente, verificou que as características culturais e demográficas (grau de escolaridade e número de filhos/ou membros de uma família) não tinham maior importância no estado de nutrição de uma família de pequenos proprietários. Já entre os camponeses sem terra, quanto pior a escolaridade e quanto maior o número de filhos, piores as condições de nutrição. Este trabalho, que procura relacionar as condições de nutrição de uma população, com as formas de inserção das pessoas ou famílias no modo de produção local, demonstra que a queda do nível de vida da população está relacionado com a penetração do capitalismo no campo. Ao contrário do que afirmam alguns, nem sempre o capitalismo, superando um modo de produção mais atrasado ("pré-capitalista"), traz uma melhoria, a curto ou médio prazo, das condições de vida de uma população. Ao contrário, algumas vezes leva a uma queda da qualidade de vida, na medida em que impede o acesso do trabalhador à terra, submetendo-o a condições de exploração. Comprova também a deterioração da saúde das populações camponesas quando são obrigadas a migrar para as periferias urbanas, com todas as conseqüências de subemprego, etc.

Fica evidente a importância que tem para as populações camponesas o acesso à terra e a posse dela, mesmo que seja em forma de pequena propriedade.

É interessante notar como coexistem e se contrapõem, numa mesma região, as duas formas de produção - a produção capitalista

e a camponesa - e como essa coexistência é necessária ao equilíbrio do sistema, pelo menos durante o período atual. A pequena propriedade será sempre uma reserva de mão-de-obra para a grande empresa industrial, agro-industrial ou agro-pecuária, produzindo gêneros de subsistência para abastecer os mercados urbanos próximos. Para melhor discussão da questão, ver o capítulo III deste relatório.

C) Outro aspecto que merece ser analisado refere-se aos determinantes do surgimento de um programa de extensão de cobertura em saúde no Vale do Ribeira. Dada a abundância da mão-de-obra local, julgamos que não há interesse em sua manutenção através de serviços de saúde.

Não tivemos conhecimento de tensões sociais mais acirradas e recentes que houvessem abalado a região. Reivindicações e pequenas mobilizações em torno de interesses comuns dos camponeses ocorrem em pequena escala e de modo inconstante.

Não há (pelo menos não os encontramos) análises e estudos que definam claramente as intenções do governo quanto aos investimentos na região. Depois da construção da estrada (BR-116) que liga São Paulo a Curitiba, algumas empresas procuram se instalar na região, mas essa tendência não assumiu ainda grandes proporções devido à precariedade das condições de infra-estrutura do Vale, à dificuldade de acesso a muitas áreas e à falta de maiores incentivos financeiros e fiscais por parte do governo. Sendo, no entanto, uma região potencialmente rica em vários minérios e possuindo a maior reserva florestal do estado, é bem possível que venha a aumentar o interesse por ela. A tentativa de melhorar os serviços de infra-estrutura pode muito bem ser um sinal disso.

O Vale talvez possa ser caracterizado como região tipo "zona de fronteira" da expansão capitalista, com: baixa densidade demográfica, muita terra desocupada e não aproveitada, penetração mais acentuada das agroindústrias e de outras empresas industriais, etc. Nessas condições, cabe ao Estado acompanhar este avanço, suprir as necessidades de infra-estrutura para a futura implantação de empresas, preenchendo o espaço não ocupado pelos serviços privados de saúde dadas as condições de rentabilidade ainda insuficientes. Não se prever que, no futuro, a constituição de um mercado potencial venha a levar a iniciativa privada para a prestação de serviços de saúde.

D) Integração ensino/serviços: as contradições da participação da universidade.

Diferentemente da Secretaria de Saúde, o interesse principal da USP, através do Deptº de Medicina Preventiva, num programa como esse, não é a eficiência dos serviços e sim o treinamento de seus internos e residentes por meio de estágios de campo. A dificuldade de integração docência/serviços não é particularidade da USP, mas um problema vivido por todas as experiências deste tipo. Realmente, não é fácil integrar essas atividades, principalmente quando não estão bem definidas e estruturadas as políticas de saúde e educação.

Observamos uma certa precariedade no funcionamento do Programa, que se desenvolve, muitas vezes, mais por boa vontade e interesse de seus participantes do que por incentivo das duas instituições envolvidas. Poder-se-ia mesmo dizer que em certas ocasiões ocorre um relativo abandono do Programa pelo Deptº de Medicina Preventiva da USP, evidenciado pela precária assistência dada pelo corpo docente sediado na capital. Periodicamente se expressam contradições entre a equipe do Programa, que trabalha no Vale do Ribeira, e o Deptº de Preventiva, principalmente nos momentos de atraso de pagamento, problema que coloca em risco a manutenção pessoal do grupo. A experiência do Programa do Vale não tem sido suficientemente debatida e analisada nas reuniões do Departamento, que no momento está mais interessado na implantação e funcionamento do Programa de Medicina Comunitária do Butantã, uma nova experiência sustentada por alguns departamentos da Faculdade de Medicina, entre os quais se destacam a Preventiva e a Pediatria.

Outros problemas vividos pela equipe do Programa relacionam-se com a participação dos alunos (internos e residentes da Faculdade de Medicina da USP). Os internos têm um estágio obrigatório de um mês. Durante todo o ano letivo, equipes de 8 a 12 internos, em média, se dividem entre 4 ou 5 Centros de Saúde, sob a orientação do médico sanitarista que chefia o posto. Somente os residentes de Medicina Preventiva têm um estágio obrigatório de três meses. Geralmente existem um ou dois residentes trabalhando na região, num mesmo período. Como os estágios são obrigatórios, observa-se certa resistência por parte de uma parcela que podemos dizer significativa de internos. Parte dos residentes vêm com ab

solu^{ta} mã vontade, outros procuram ser dispensados, outros faltam com freqüência, etc. Considerando-se a perspectiva ideológica com que a maior parte dos alunos de medicina são formados, almejando o exercício de uma medicina liberal ou empresarial, um estágio deste tipo foge totalmente a seus interesses. Uma parcela dos alunos procura aproveitar o estágio apenas no que lhes parece "útil" para sua vida profissional, geralmente o treinamento clínico. Às vezes procuram conhecer a estrutura de funcionamento dos Centros de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado, mas o interesse pelo trabalho comunitário e a participação são muito reduzidos. Concedem prioridade absoluta às atividades médicas, em detrimento das atividades educativas. Apenas uma pequena parcela dos internos possui uma visão diferente e apresenta maior interesse pelo contato com a população. O Programa, por seu lado, não tem uma definição bem clara a respeito da participação do interno nem oferece uma assistência mais contínua. A assistência é dada ora pelo coordenador do Programa, ora pelos médicos sanitaristas que participam da equipe. Como tanto um como os outros têm uma série de atividades médicas e administrativas dentro da Secretaria de Saúde, centros de saúde e dentro do Programa, não dispõem de tempo suficiente para dedicar maior atenção aos estudantes. O que acontece, muitas vezes, é que os internos se limitam a desempenhar as atividades rotineiras do centro de saúde, nos ambulatórios, triagem, curativos, etc., junto com o pessoal médico do centro. Uma vez por semana, à noite, há uma reunião de todos os internos para a discussão e avaliação do estágio, com a participação do coordenador e de algumas pessoas da Equipe. Ao final do estágio, é solicitado ao interno um relatório e uma avaliação crítica sobre as atividades que desenvolveu durante aquele mês. Embora as reuniões semanais com os internos provoquem certo debate a respeito do Programa e da participação dos alunos no mesmo, não nos parece que por si só sejam suficientes para uma discussão mais produtiva e para que os alunos tirem melhor proveito da experiência. Quanto aos relatórios finais apresentados pelos internos, alguns foram bastante interessantes (dentre aqueles a que tivemos acesso), pois procuravam entender o Programa e as suas relações com a comunidade. Um problema grave, e de certa maneira insolúvel dentro do atual esquema de currículo da Faculdade, é o período de duração do estágio. Um mês é muito pouco tempo para que a pessoa possa entrar em contato com a comunidade e parti

cipar de um trabalho educativo sério junto a ela. O constante rodízio prejudica o trabalho educativo, que se ressentida da descontinuidade do Programa provocada pela substituição freqüente de elementos da equipe. Às vezes, tem-se mesmo a impressão de que a população é utilizada para um trabalho experimental, de que a comunidade serve a um Programa estranho a ela.

Os residentes, por sua vez, estão em uma situação melhor. Em primeiro lugar, porque são residentes de Medicina Preventiva e, na maioria dos casos, têm interesse em participar de um estágio de campo. Aliás, esta era uma reivindicação antiga dos residentes, bem anterior à concretização do Programa.

Por outro lado, o tempo de permanência dos residentes no Vale é de três meses, período mais longo que possibilita a realização do trabalho sem tantos cortes e interrupções.

Os residentes também carecem de uma assistência mais efetiva por parte do Departamento de Preventiva. Realiza-se uma outra reunião semanal da equipe do programa, da qual os residentes participam, junto com o coordenador, quando são discutidas as experiências e práticas em andamento, as dificuldades técnicas, administrativas ou os problemas relacionados à equipe e à comunidade. Estas reuniões não têm ocorrido com freqüência.

Durante alguns meses houve, inclusive, uma interrupção das reuniões, e a troca de experiências e de idéias passou a se fazer por contatos pessoais entre os elementos participantes do Programa. Isto provocou uma série de pequenas crises dentro da equipe, forçando o restabelecimento das reuniões semanais, com a presença de todos. O interesse da grande maioria da equipe em retomar estas discussões, em realizar estudos mais teóricos sobre outras experiências e em cobrar do Depto de Preventiva da USP um maior engajamento no Vale representam perspectivas promissoras para o Programa.

E) "Eficiência" x "Participação"

Uma das contradições de importância no Programa manifesta-se ao nível da definição das prioridades. A Secretaria de Saúde exige que as suas unidades no Vale apresentem o nível de produtividade e eficiência que ela determina. Embora um dos pontos do

convênio assinado entre a Secretaria de Saúde e a USP diga respeito ao ensino e à participação da comunidade, a Secretaria, sem negá-los formalmente, na prática dá prioridade à eficiência dos serviços. A Secretaria cobra das equipes e dos Centros uma boa produtividade. Esta questão é agravada por dois fatores: o volume relativamente grande de serviços (atendimentos clínicos, ambulatoriais, atividades administrativas, etc.) e a escassez de pessoal. O resultado é que a equipe se vê de tal forma absorvida pela atividade cotidiana do Centro de Saúde, que lhe resta pouco ou mesmo nenhum tempo para as atividades coletivas de educação e contatos com a comunidade. As atividades médicas e para-médicas, centralizadas no Centro de Saúde e em seus mini-postos, impedem um contato maior com a comunidade, permitindo apenas a relação individual com a clientela que busca atenção à saúde. As atividades educativas e os contatos com a comunidade se fazem, na maioria das vezes, fora do posto de saúde. No Vale, devido à dispersão da população, os membros da equipe consomem muito tempo para se deslocar até os agrupamentos populacionais. A participação comunitária é colocada em segundo plano tanto pela Secretaria de Saúde (eficiência) como pela USP (ensino), arcando a equipe e os residentes com o interesse de promover este trabalho educativo e desenvolver a participação comunitária. Verifica-se, portanto, uma contradição entre a exigência de eficiência nos serviços, por um lado, e o trabalho comunitário, por outro. Muitas vezes a equipe expressou sua preocupação com este fato. Queremos deixar claro que não consideramos inevitável a contradição entre eficiência e participação. Ao contrário, estes dois aspectos deveriam se complementar para que as atividades dos Centros fossem mais úteis à população e estivessem voltadas para as suas reais necessidades. Para que isto possa acontecer, não basta resolver algumas questões administrativas (mais pessoal, etc.). É fundamental proceder a mudanças políticas (maior autonomia para o Programa, ausência de limitações ao trabalho comunitário, etc.), tendo claro, no entanto, que as limitações dessa ordem aí encontradas são reproduções das limitações políticas gerais, próprias de uma determinada conjuntura.

Caberá à equipe levar a efeito a resolução desta contradição, e ela só o fará, de maneira mais avançada, se souber estimular a participação comunitária. O Programa perderia um dos fundamentos de sua existência se a questão da participação fosse aban-

donada ou mantida dentre as questões secundárias. Passaria a ser mais um programa de racionalização da atenção médica e/ou integração docente-assistencial, perdendo seu conteúdo transformador para assumir apenas a "modernização" dos serviços na área rural.

Como definimos anteriormente, o sentido da existência de Programas de Medicina Comunitária está no seu conteúdo transformador da realidade, através de um trabalho junto às populações que lhes propicie a compreensão de suas necessidades, quer sejam de saúde ou de outra natureza, bem como a capacidade de resolvê-las, de reivindicar, de ter voz ativa diante de seus problemas. Isto só poderá acontecer no Vale impedindo-se que a questão da participação seja absorvida e minimizada pela "eficiência".

F) Participação da Comunidade

Embora a região do Vale do Ribeira apresente uma relativa homogeneidade no tocante a muitos aspectos físicos, demográficos e sócio-econômicos, certas particularidades locais são importantes para o desenvolvimento do trabalho comunitário. Em alguns municípios predomina a cultura da banana; em outros, a do chá; em outros ainda, a cultura de subsistência. A pecuária também se desenvolve com distribuição irregular.

Essas situações particulares determinam formas distintas de a população viver, produzir e se organizar. Em algumas áreas o sindicato rural é a forma mais dinâmica da organização. Em outras, a cooperativa. Observa-se que, embora uma proposta geral e comum, os elementos da equipe não têm maior clareza e unanimidade a respeito do que seria o trabalho comunitário. São encaminhadas práticas e experiências determinadas pelos diversos grupos da equipe. Em algumas áreas, procura-se trabalhar com os sindicatos rurais e com as professoras das escolas comunitárias. Em outras áreas, a proposta volta-se mais para dentro do Centro e da própria equipe.

Tentaremos fazer aqui uma rápida análise das diversas formas de organização utilizadas pelo Programa, no sentido de mobilizar e estimular a participação da população.

Sindicatos Rurais: apesar de estarem, na sua grande maioria, sob intervenção ou em mãos de lideranças pouco expressivas,

em alguns municípios cresce o interesse pela participação nos sindicatos. Existem tanto o sindicato patronal como o dos empregados. Em ambos, a tendência assistencialista é marcante. No pouco contato que tivemos, observamos que os sindicatos rurais patronais nem sempre estão sob o controle direto dos grandes proprietários e grandes empresas. Alguns estão sob influência dos pequenos e médios camponeses, que começam a perceber que a entidade pode ser usada como órgão de intermediação entre eles e o Estado, encaminhando as reivindicações relativas aos serviços e à infra-estrutura básica da região. Estes sindicatos poderiam ser veículos importantes de união e mobilização dos pequenos e médios proprietários em torno de suas reivindicações básicas.

Os sindicatos dos assalariados rurais, por seu lado, poderiam desempenhar um papel bastante importante como instrumento de luta para a defesa dos direitos dos trabalhadores. Não chegamos, no entanto, a observar maior movimentação nesses sindicatos, que, em sua maioria, desenvolvem uma política assistencialista e possuem lideranças pouco representativas.

Consideramos de grande importância a utilização dos sindicatos, tanto os dos assalariados rurais como os patronais (neste caso, para unir e mobilizar os pequenos proprietários), no sentido de se conseguir levar a população a novas formas de participação. A experiência do Programa junto aos sindicatos rurais da região ainda é reduzida, embora exista a possibilidade de que os contatos e trabalhos iniciais venham a se desenvolver nesse sentido.

. Cooperativas agrícolas: em algumas outras áreas, iniciou-se uma experiência interessante de constituição de cooperativa de pequenos produtores (pequenos proprietários, arrendatários, meeiros, etc) visando promover não só o auxílio mútuo (cooperativa de produção) como a comercialização do produto. Uma das grandes dificuldades dos pequenos proprietários é a comercialização dos produtos. Como não têm meios de transportá-los até a capital ou as cidades maiores para vendê-los, entregam sua produção, a baixos preços, para os "intermediários". A experiência em marcha envolve camponeses dedicados à cultura de subsistência (feijão, milho) e alguns hortigranjeiros (tomate). Constituíram uma cooperativa e conseguiram contactar associações de bairro da capital e organismos da igreja,

vendendo diretamente seus produtos aos consumidores que, no caso, possuíam uma cooperativa de consumo, organizada por uma associação de bairro e pela igreja local. Ainda que com pouco tempo de existência, a experiência tem sido bem sucedida até o momento, podendo ser um importante passo e exemplo a ser seguido por outras áreas e grupos de camponeses.

. Escolas Rurais: existem na região do Vale as Unidades de Escolas Comunitárias, que são como escolas rurais, cada qual com uma professora primária contratada pelo Estado, que reside em quarto anexo à própria escola. Há uma unidade em cada agrupamento rural, visando cobrir toda a população bastante dispersa na região. A professora é responsável pela comunidade: cabe a ela entrar em contato com todas as famílias e tentar trazer as crianças para a escola, ministrar as aulas, distribuir a merenda escolar (dada pelo governo) e prestar educação sanitária tanto às crianças quanto às famílias. A professora é colocada como uma espécie de "líder" da comunidade e, de fato, termina muitas vezes se tornando uma liderança (embora freqüentemente autoritária e paternalista). Embora sejam encarregadas de exercer certas funções de controle social da população, com o passar do tempo dilui-se esse aspecto do controle, ainda que as professoras continuem a ser obrigadas pela Secretaria de Educação a enviar periodicamente relatórios descrevendo tudo que acontece na sua área. Não afirmariamos que, hoje em dia, esta função de controle impeça a comunidade de ter certa autonomia. São estudos mais acurados sobre as origens e práticas das escolas comunitárias poderiam esclarecer melhor estes aspectos. A equipe do Programa tem conseguido manter um bom contato e relacionamento com as professoras, e através delas tenta chegar às comunidades. Essas escolas tornam-se o ponto central de convergência das populações dispersas, uma espécie de ponto de encontro, onde se fazem reuniões mensais com as famílias e onde as pessoas se encontram. Dadas estas potencialidades, a maioria das equipes procura desenvolver um trabalho nas escolas e este trabalho vem progredindo, ainda que a passos lentos. As maiores limitações se devem ao fato de que as escolas ficam muito distantes da cidade, sede do município, e umas das outras, dificultando um contato mais permanente com as equipes. Além disso, como as escolas reúnem pequenos aglomerados de pessoas, o trabalho com dada escola abrange apenas um grupo pequeno de mo-

radores de uma área. O controle geralmente exercido pelas professoras ou, pelo menos, por parte delas, também dificulta o trabalho. Outra limitação, no caso em relação aos sindicatos e cooperativas, é que nestes, o que reúne as pessoas é o trabalho, enquanto que nas escolas, os motivos são muito mais difusos.

. Grupos religiosos e Igreja: esta forma não tem sido muito usada no Vale. Alguns contatos foram feitos com a Igreja Católica, mas esta tem pouca atuação social na região e além de poucos "grupos de jovens", nada tem feito. O contato com outros grupos religiosos também não deu melhores resultados. Existem na região várias seitas protestantes, mas as tentativas de trabalhar em conjunto com algumas delas não foram bem sucedidas devido às suas posições extremamente conservadoras.

. Associação de bairro: esta forma é própria das cidades, pouco frequente no Vale. Suas cidades são muito pequenas e, geralmente, não possuem formas mais avançadas de organização que os clubes de futebol, os clubes sociais, etc. Uma experiência está sendo realizada numa das maiores cidades da região (constituição de associações de moradores) com resultados até o momento promissores.

Consideramos que esta pode ser uma forma interessante de organização das populações que vivem na cidade e em sua periferia, onde se encontram muitos assalariados urbanos, operários e assalariados rurais ("bóias-frias", por exemplo). Seria necessário conhecer melhor as cidades e as populações de sua periferia para analisar as possibilidades de constituição de associações de bairro ou moradores.

. Outras formas: há outras formas mais tradicionais como os "clubes de mães", "clubes de gestantes", "grupos de saúde", etc. São formas mais atrasadas de organização e mobilização da população, o que não nega o seu valor diante de algumas situações. No Vale, não se tem cogitado sobre a utilização dessas formas de organização, dando-se prioridade ao trabalho junto aos sindicatos, às cooperativas e às escolas comunitárias.

ANEXO I

Processo nº 12.412/74

Termo de convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Medicina, visando à operação conjunta de um Centro de Saúde Escola, no município de Pariquera-Açu.

O GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, neste documento doravante designada "Secretaria", representada pelo seu Titular, Professor doutor WALTER SIDNEY PEREIRA LESER, devidamente autorizado pelo Senhor Governador, de acordo com despacho exarado às fls. 93 do Processo nº 12412/74 e, a Universidade de São Paulo, através de sua Faculdade de Medicina, doravante denominada "Faculdade", representada pelo Magnífico Reitor Professor ORLANDO MARQUES DE PAIVA, resolvem firmar o presente convênio visando o funcionamento de um Centro de Saúde Escola, doravante denominado "CSE", mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA I - OBJETIVOS

1 - Estabelecer bases de cooperação para o planejamento e desenvolvimento conjunto de programas docentes, de pesquisa do interesse da Saúde Pública e de extensão de serviços à comunidade.

2 - Estimular o interesse dos estudantes pelos problemas de saúde das comunidades e motivá-los para as carreiras de Saúde Públicas

3 - Familiarizar estudantes e profissionais com os objetivos, técnicas e programas de Saúde Pública, preparando-os para deles participarem qualquer que seja a especialidade e nível de atuação profissional.

4 - Estimular a organização e funcionamento de Sistemas de Saúde com integração de atividades e serviços.

5 - Organizar e desenvolver programas comunitários de Saúde para a prática e aprendizado de estudantes e profissionais.

6 - Treinar pessoal técnico e auxiliar no campo de ação de Saúde Pública.

CLÁUSULA II - ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

1 - Ao CSE, visando suas finalidades de prestação de serviços médicos-sanitários, de treinamento e de pesquisas, é atribuída a execução de atividades de órgãos locais polivalentes de Saúde Pública em sua área de atuação, em conformidade com as diretrizes técnico-operacionais da Secretaria referentes a tipo de Centro de Saúde que desenvolva programações semelhantes.

2 - O CSE é órgão integrado à rede de Unidades Sanitárias, da Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira operado diretamente pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade e ao qual estará vinculado, para fins de planejamento e execução das suas atividades, nos termos deste convênio.

3 - Inicialmente o CSE terá como área de atuação a delimitada pelo Município de Pariquera-Açu com População residente estimada para 1975 em 10.000 (dez mil) habitantes.

Esta área de atuação poderá ser alterada por acordo entre as partes e ter limites geográficos mais amplos para o desenvolvimento de programas específicos.

4 - OCSE desenvolverá, inicialmente, a seguinte Programação de Saúde Pública que poderá ser alterada por acordo entre as partes:

a) programa básico integrado e equivalente, no mínimo, às atividades de um "Programa Resumido" de acordo com o que estabelece o artigo 2º, parágrafo único do Decreto Lei nº 50.192, de 13.08.68;

b) programa sub-regional de Controle de Tuberculose, segundo normas da Secretaria abrangendo, no mínimo, as áreas e respectivas populações dos municípios de Pariquera-Açu, Jacupirangaç Eldorado, Cananéia e Iguape, com a participação dos Centros de Saúde dos mencionados municípios.

5) O CSE terá um Conselho Diretor constituído por:

- um representante do Coordenador da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, que presidirá as reuniões e terá voto de Minerva nas resoluções;
- o Chefe do Distrito Sanitário de Pariquera-Açu;
- o Diretor do Hospital de Pariquera-Açu;
- um representante da Faculdade;
- um representante do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade;
- um representante do corpo discente da Faculdade, de preferência interno ou residente, indicado por seus

pares, segundo as formas legais e estatutárias;
- o Médico-Chefe do CSE, na qualidade de ouvinte, sem direito a voto nas decisões.

5.1 - Ao Conselho Diretor compete:

- a) sugerir à Secretaria modificações operacionais e normativas no campo da Saúde Pública;
- b) aprovar o programa das atividades da Unidade, acompanhar o seu desenvolvimento e introduzir modificações que se mostrem necessárias ao seu aperfeiçoamento;
- c) aprovar o plano de aplicação dos recursos financeiros e as modificações que se fizerem necessárias ao bom funcionamento do CSE;
- d) aprovar a indicação, a ser feita pela Faculdade, para a chefia do CSE;
- e) orientar, coordenar e supervisionar as atividades do CSE, obedecendo as diretrizes e normas da Secretaria;
- f) aprovar os relatórios das atividades e os balancetes financeiros antes de encaminhá-los aos órgãos competentes da Secretaria;
- g) autorizar outras medidas relativas a pessoal e despesas, além das acima referidas, que se fizerem necessárias ao bom funcionamento do CSE;
- h) resolver questões relativas ao entrosamento entre as atividades do CSE e as do Hospital de Pariqueira-Açu, inclusive as previstas nos termos do convênio entre a Faculdade e a Secretaria para aquele Hospital.

CLÁUSULA III - COMPROMISSOS DAS PARTES

1) - Da Faculdade:

- a) ceder instalações, móveis e equipamentos que se façam

- necessários reservando sua propriedade;
- b) utilizar a verba que lhe for destinada por força deste convênio para as despesas de custeio do CSE;
 - c) pautar as atividades do CSE de acordo com diretrizes, normas e instruções emanadas da Secretaria;
 - d) proporcionar a colaboração de seu pessoal docente, técnico e administrativo para perfeito preenchimento das finalidades do CSE. A participação de pessoal em RDIDP ou em RTC dependerá, respectivamente, da audiência da CPDI e da CRTC;
 - e) prestar serviços de assistência médico-sanitária e hospitalar aos pacientes matriculados no CSE, de acordo com as normas de atendimento de seus ambulatórios especializados e do Hospital Escola;
 - f) fornecer relatórios rotineiros das atividades realizadas, de acordo com as exigências da Secretaria, e outros, quando solicitados;
 - g) prestar contas, na forma legal das despesas realizadas por conta das parcelas recebidas em virtude deste convênio;
 - h) submeter o CSE à supervisão e controle por parte dos órgãos especializados da Secretaria;
 - i) incluir na programação curricular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade, os aspectos da participação dos futuros graduados na solução dos problemas de Saúde Pública;
 - j) indicar, preferivelmente, para a direção do CSE, um profissional com título de graduação em Saúde Pública e docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade, justificando eventualmente indicação que não atende tais requisitos;

- l) estabelecer integração com os serviços de assistência hospitalar mantidos no Hospital de Pariqueira-Açu, por força de convênio próprio;
 - m) facilitar a articulação das atividades do CSE com a programação do Distrito Sanitário e harmonizá-la com as diretrizes emanadas dos órgãos especializados da Secretaria.
- 2) - Da Secretaria:
- a) assegurar a coordenação das atividades do CSE com os diferentes órgãos da Secretaria;
 - b) fornecer assessoria técnica e administrativa ao CSE;
 - c) propor, anualmente, a consignação, em seu orçamento, de recursos suficientes, para o pagamento das despesas de custeio do CSE;
 - d) entregar em parcelas mensais, mediante comprovação na forma legal das despesas efetivamente realizadas, a verba anual destinada à efetivação deste convênio;
 - e) colocar à disposição do CSE, dentro de suas possibilidades, um veículo para os trabalhos do CSE;
 - f) colocar à disposição do CSE o pessoal lotado atualmente no Centro de Saúde de Pariqueira-Açu;
 - g) colocar à disposição do CSE, as instalações e equipamentos do Centro de Saúde de Pariqueira-Açu;
 - h) proporcionar, excepcionalmente e condicionados às disponibilidades de recursos, outros tipos de ajuda em recursos humanos, materiais e financeiros que se façam necessários ao completo e perfeito cumprimento deste convênio.

CLÁUSULA IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

1 - O presente convênio entrará em vigor em 19/08/1976 e terá vigência pelo prazo de 1 (um) ano, prorrogável automática e sucessivamente por igual período, até o máximo de 5 (cinco) anos, podendo ser denunciado por escrito, por qualquer das partes, em qualquer tempo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

2 - A despesa anual estimada com a execução deste convênio é de Cr\$ 524.000,00 (quinhentos e vinte e quatro mil cruzeiros). Neste exercício importa em Cr\$ 218.333,30 (duzentos e dezoito mil, trezentos e trinta e três cruzeiros e trinta centavos), quantia que será entregue à Faculdade imediatamente após assinatura deste termo e que corre à conta da Unidade de Despesa 09.02.23, Elemento 3.2.7.0, Subelemento 3.2.7.3 da Estrutura Funcional Programática 13.75.428.21001 do orçamento de 1976. Nos exercícios seguintes onerará dotações próprias dos respectivos orçamentos, que serão automática e sucessivamente reajustadas, usando, para tanto, o índice da coluna 2, Disponibilidade Interna, Índice Geral de Preços, dos Índices Econômicos Nacionais, publicados pela Revista Conjuntura Econômica da Fundação Getúlio Vargas.

3 - Fica eleito o foro da cidade de São Paulo, com renúncia expressa a qualquer outro, para dirimir quaisquer dúvidas eventualmente decorrentes do presente convênio

- 8 -

que não possam ser resolvidas por comum acordo entre as partes.

E assim, por estarem de acordo, justos e convencionados, passam as partes contratantes do presente termo.

São Paulo, 30 de julho de 1976

WALTER SIDNEY PEREIRA LESER
Secretário de Estado de Saúde

ORLANDO MARQUES DE PAIVA
Reitor

TESTEMUNHAS:

Processo nº 9.841/75

Termo de convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, objetivando o desenvolvimento de problemas de Atenção Médica e Treinamento de Pessoal, no Hospital Regional do Vale do Ribeira.

Aos dias do mês de do ano de mil novecentos e setenta e seis, na sede da Secretaria de Estado da Saúde, entre partes, de um lado a referida Secretaria de Estado da Saúde, doravante denominada "Secretaria", representada pelo seu Titular, Professor doutor WALTER SIDNEY PEREIRA LESER e, de outro, a Universidade de São Paulo, doravante denominada "USP", por intermédio da Faculdade de Medicina, aqui denominada "FMUSP", representada pelo seu Magnífico Reitor, Professor ORLANDO MARGUES DE PAIVA, à vista da autorização do Senhor Governador, exarada às fls. 23 do Processo nº 9841/75, a fim de desenvolver programas de Atenção Médica e Treinamento de Pessoal no Hospital Regional do Vale do Ribeira e na Escola de Auxiliar de Enfermagem do mesmo Hospital, em Pariquera-Açu, do Departamento de Hospitais Gerais e Especiais, da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, aqui simplesmente denominado "Hospital", resolver firmar o presente convênio de acordo com as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Este convênio tem como objetivo o desenvolvimento conjunto de um Programa compreendendo a ampliação das atividades de atenção médica mantidas pelo Hospital e a sua utilização como campo para adestramento de médicos-residentes e de alunos do curso de graduação da FMUSP, bem como para treinamento, em serviço, de pessoal auxiliar da Secretaria.

CLÁUSULA SEGUNDA - O Programa referido na cláusula anterior, será dirigido pelo Conselho Diretor, previsto no convênio celebrado entre a Secretaria e a USP para funcionamento do Centro de Saúde Escola de Pariquera-Açu.

Parágrafo único - Além das previstas no convênio referido nesta cláusula, o Conselho Diretor terá como competência:

- 1 - Estabelecer as bases operacionais para a execução deste convênio;
- 2 - Orientar, coordenar e supervisionar as atividades deste programa, e introduzir as modificações que se fizerem necessárias ao seu aperfeiçoamento;
- 3 - Autorizar a realização das atividades de formação e treinamento e aprovar as respectivas programações;
- 4 - Resolver questões relativas ao entrosamento entre atividades didáticas e hospitalares;
- 5 - Aprovar o relatório anual de atividades.

CLÁUSULA TERCEIRA - A Secretaria compromete-se a:

- 1 - manter em funcionamento o programa de assistência médico-hospitalar desenvolvido pelo Hospital;
- 2 - fornecer, nas dependências do Hospital ou em instalações a ele anexas, alojamento adequado e alimentação para os alunos, médicos-residentes e médicos supervisores dos programas executados pela USP previstos neste convênio ou em outros que vier a firmar, perfazendo um número máximo de 20 (vinte) pessoas em cada período de estágio.

CLÁUSULA QUARTA - A USP através da FMUSP obriga-se a:

- 1 - coordenar as atividades didáticas;
- 2 - ampliar, por intermédio de alunos, médicos-residentes e supervisores, os serviços de assistência do Hospital;
- 3 - desenvolver atividades de treinamento, em serviço, de pessoal da Secretaria;
- 4 - apresentar o relatório anual das atividades desenvolvidas por força deste convênio.

CLÁUSULA QUINTA - O presente convênio entrará em vigor na data de sua assinatura e terá vigência pelo prazo de 1 (um) ano, com prorrogação automática e sucessiva por igual prazo até o máximo de 5 (cinco) anos, podendo ser denunciado, por escrito, por qualquer das partes, em qualquer tempo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

CLÁUSULA SEXTA - Fica eleito o foro da Capital do Estado de São Paulo, com renúncia expressa a qualquer outro, para dirimir quaisquer dúvidas eventualmente decorrentes do presente convênio que não puderem ser resolvidas por comum acordo entre as partes.

E, por estarem certo e ajustado, firmam os representantes das entidades convenientes este termo, em presença das testemunhas que também o subscrevem.

WALTER SIDNEY PEREIRA LESER
Secretário de Estado da Saúde

ORLANDO MARQUES DE PAIVA
Reitor

TESTEMUNHAS:

Companheiros

Este é um relatório das atividades relacionadas com a orientação fornecida na comercialização de seu produto, ou de sua produção, ou uma forma de responder à pergunta:

O que foi feito do trabalho de vocês?

Passo então a contar só um pouco do que vi e do que aprendi, tentando executar o meu trabalho de orientação.

Durante o tempo em que estivemos juntos nas aulas, aprendemos que a atividade no trabalho é que traz cultura e conhecimento, trazendo também inteligência. Nós percebemos que também é o trabalho que traz vitaminas. Vimos e fizemos as contas de quanto custava 1 saco de feijão. E por quanto era vendido.

Vimos que ficamos com a quarta parte.

Pesquisamos quantos sacos estavam no bairro e fizemos muitas contas de somar, de multiplicar, de subtrair e de dividir.

Vimos que a riqueza ficava lá prá fora.

O principal trabalho de vocês é a plantação de feijão. O feijão também é plantado em muitos lugares e em cada lugar é plantado num tempo por causa do clima, chuva, sol que também é diferente. Estes lugares são Paraná, Santa Catarina, Bahia, Minas Gerais, quase todo o Estado de São Paulo e quase todos os estados.

Com vocês acontece de ter ano do feijão dar bom preço quando a colheita é bem ruim? De ser barato quando a colheita é boa? E de ser barata quando a colheita também é fraca?

Pois bem, esta colheita da seca de 1977 não foi das melhores, mas também não foi das piores. Aquela geada de maio não estragou muito e para alguns foi até bom, o feijão estava lourando e então secou de uma vez.

Todo mundo tinha esperança de vender o feijão por bom preço, pois, na mesma safra da seca de 76 o feijão foi vendido na base de quanto? Parece que na base de uns Cr\$ 400,00. Mas chegou a ser vendido até a Cr\$ 1.200,00, mas não por nós

ANEXO II

Desta vez o preço abriu com Cr\$ 550,00, e quando entrou o forte da colheita o preço baixou e o preço mais bem vendido foi na base de Cr\$ 400,00, e o forte mesmo da colheita foi vendido a quanto? Talvez a Cr\$ 300,00. Depois disto, nem negócio tinha mais e os que apareciam não ofereciam mais que Cr\$ 100,00, ou mesmo como diziam alguns: "esparrame o feijão para escalar a estrada".

Os preços fora eram diferentes e passou a relembrar por quanto era oferecido pelos cerealistas nos diversos lugares:

A safra começou a ser arrancada em final de maio e começo de junho e em 11 de junho tinha-se oferta de Cr\$ 650,00 o sacco por cerealista em Ribeirão Preto. Em Barra do Turvo se pagava nesta época Cr\$ 350,00 a Cr\$ 400,00 e poucos venderam um ou outro sacco até Cr\$ 550,00, nos armazens de Cajati, Jacupiranga ou mesmo no restaurante da Mendes Jr. Alguns negócios ainda eram feitos a troco de mercadorias, devendo portanto, também se sujeitar aos preços do comerciante.

<u>25 de Junho</u>	Ribeirão Preto	550,00/600,00
	São Paulo	500,00/600,00
	Registro	400,00/450,00
	Barra do Turvo	300,00/400,00
<u>04 de Julho</u>	São Paulo	450,00/600,00
	Barra do Turvo	300,00/400,00
<u>25 de agosto</u>	Barra do Turvo	325,00

A partir desta data não houve mais proposta de negócios. Para aqueles que não tinham estradas a coisa ficava ainda mais difícil, pois tinham que procurar negócios, e só podiam acertar negócios para entregar com pelo menos uma semana, que era para dar tempo de puxar a produção toda em lombo de burro, sem contar com a chuva, ou melhor, uma semana, se não chovesse. Para algumas pessoas, o lugar mais fácil de negócios era Registro ou Jacupiranga, mas quase nunca resolvia o problema pois, se fazia negócio, era de quando muito 10 sacos. Em Barra do Turvo, depois de 15 de novembro, já se conseguia apenas Cr\$ 100,00 ou até Cr\$ 150,00, a troco de mercadorias. Corria também a notícia que tinha enalhado um ca

minhão de feijão que tinha ido de Barra do Turvo. No mês de outubro não existia a mínima procura (demanda) do feijão quando oferecíamos: não queriam e, por vezes ainda, escutávamos o que não queríamos e nem merecíamos: "Use o feijão para cascalhar a estrada". O preço do feijão era Zero Cruzeiros.

Enquanto o preço do feijão continuava a Zero Cruzeiros, no produtor, os cerealistas pagavam Cr\$ 100,00 o feijão da seca que já era considerado velho, e a Cr\$ 250,00 o feijão novo (das colheitas das águas), nos armazens, restaurantes, indústrias e alimentos pagavam numa variação de Cr\$ 380,00 a Cr\$ 500,00. A cotação da Bolsa de Valores, que era transmitida pelo rádio, também variava entre Cr\$ 330,00 a Cr\$ 480,00 (preço por saco). No varejo em São Paulo e mesmo em algumas cidades do interior, o preço era de Cr\$ 12,00 o quilo ou Cr\$ 720,00 por saco; note-se que o chamado feijão novo e feijão velho não é muito bem conhecida pela grande maioria do consumidor que compra feijão para comer.

Todos nós acompanhamos bem esses preços e achamos mesmo que era vantagem tentar vender o produto diretamente em São Paulo.

Fizemos uma viagem a São Paulo para levar amostras do feijão e tentar fazer negócio com a firma Riga Restaurantes Industriais, que achou muito vantajoso comprar diretamente do produtor, o que estava muito interessado neste intercâmbio, mas, queria o produto em seus depósitos e facilidades maiores de comunicação, pois a distância é muito grande, de difícil acesso, sem ao menos telefone nas imediações. Também se fosse uma firma de produtores facilitava mais ainda, pois podia se fazer negócio com banco etc.

Em 30 de outubro fechamos negócio com o preço de Cr\$330,00, aceitavam a nota fiscal do produtor, mas descontavam o imposto. Quer dizer o feijão ficaria perto de Cr\$ 250,00, tirando o imposto e as despesas de viagem e transporte. Não era o preço que pagasse o trabalho todo que deu, mas tendo em vista o prejuízo maior no outro comércio, então era de fazer o negócio, não aparecendo outra solução.

Fizemos o negócio e alugamos um caminhão para levar a mercadoria com pouco dinheiro e com 2 pessoas sem documentos, tocamos para São Paulo.

De novo demos com os burros n'água, pois a firma refugou o feijão dizendo que o mesmo não apresentava as condições da amostra, na verdade o feijão não estava maquinado como o feijão que costumava receber do cerealista e mostrava carunchos em um ou outro saco.

E agora? Os mesmos empregados da firma, acostumados há anos com o manuseio de cereais diziam que escutássemos seu conselho de desistir de procurar armazém para guardar o feijão, nem para maquirar, pois ia ficar muito caro e quebrava demais, que não compensava e que o melhor era entregar o feijão a qualquer preço, mas eles não queriam; quando entramos em seus depósitos, vimos que a única diferença de nosso feijão e o que eles tinham em depósito é que o deles era maquirado.

Saímos para procurar lugar para armazenagem e maquiração e não conseguimos saber sobre depósitos do Estado e soubemos que se tivessem máquina cobrariam 6,91 por saco, mas talvez estivesse quebrada. Por fim uma Cerealista da Santa Rosa se prontificou de ficar com o feijão e maquirá-lo, só não comprava, mas que não se conseguia mais do que Cr\$ 100,00. O feijão estava em depósito e já era um alívio.

Em duas horas o feijão ganhou cara nova, os carunchos quase desapareceram, de 86 sacos quebraram só 2 sacos, depois de ter passado na máquina de ventilar.

Saímos de novo com a amostra procurando contato com as cooperativas de consumo dos trabalhadores da cidade, e pouco eles podiam fazer, pois diziam que já estavam lotados, nem os depósitos podiam ceder, mas queriam continuar em contato com produtores para poder se desenvolver juntos e mesmo trocar experiências, e que desta vez nada podiam fazer.

Procuramos armazens, restaurantes comerciais, restaurantes de indústrias, outras cooperativas de consumo, todas compravam dos grandes distribuidores cerealistas, que colocavam a mercadoria toda a semana, não permitindo folga no estoque para comprar de outro lugar, e isso era negócios de anos. Além disso tinham condições de comprar e pagar pelo banco ganhando 30 dias para pagar.

As Associações de amigos de bairro que visitamos prometeram apoio e puseram até a sede à nossa disposição se quizessemos usar para vender o feijão no varejo, para o povo que pagava feijão a 8, 10 e até a 15,00 o quilo, para nós em vez de vender 1,50 no atacado era melhor achar um jeito de vender nem que fosse a 5,00 o quilo para os consumidores. Poderia mesmo se pensar nas outras safras e em outros produtos, como arroz, e se pensou até mesmo em farinha de mandioca; precisaria se pensar num tipo de firma comercial que se legalizasse para vender no varejo produtos diretos do produtor.

Algumas associações de profissionais ofereciam sua solidariedade e apoio, por ver que era uma comunidade de trabalhadores que, resistindo às dificuldades impostas pelo sistema, tenta superar, se organizar, com as mais fracas condições de orientação, mas, continua quase que em luta na busca da solução de seus problemas, e desta forma dominar e controlar os frutos, os produtos e riquezas vindas do trabalho, nas mãos de quem trabalha.

Neste sentido devemos agradecer o apoio dado e oferecido pelas seguintes entidades:

Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CBES)
Curia Metropolitana de São Paulo
Paróquia de Nossa Senhora dos Remédios
Associação de Amigos de Bairro de Novo Osasco.

Depois disso tudo, de quase ter descoberto o mistério todo que envolve a apropriação dos produtos do trabalho vale perguntar se devemos parar por aí, depois, inclusive de se pensar se se organizar é tão difícil depois que a própria comunidade se organizou formando um clube de saúde com mais de 150 sócios. De se pensar se fazer o que precisa ser feito é muito mais difícil que nos tempos que não tinha estrada de uma vez e se leva porco na peia até Curitiba, Itapeva, São Paulo, em viagem que se chegava a demorar 60 dias?

-180-

Quem tem a resposta?

Quem trabalha tem condições e capacidade de decidir sobre os problemas de seu trabalho?

Sozinhos e desorganizados os pequenos lavradores terão condições de enfrentar as barreiras impostas pelos grandes cerealistas?

O que devemos fazer?

POPULAÇÃO DA ÁREA SUDELPA - 1940/1970

Sub-Áreas e Municípios	1940	1950	1960	1970
I - Litoral Norte	17.997	24.469	32.338	48.131
Caraguatatuba	4.666	5.429	9.709	15.105
Ihabela	-	5.066	5.092	5.724
São Sebastião	6.036	6.033	7.330	12.062
Ubatuba	7.295	7.941	10.207	15.240
II- Baixada Santista I	190.401	260.252	405.705	607.752
Cubatão	-	11.803	25.034	51.009
Guarujá	7.539	13.203	40.180	94.022
Santos	165.563	203.562	264.259	346.096
São Vicente	17.294	31.684	76.232	116.625
III-Baixada Santista II	10.878	7.135	12.963	46.577
Itanhaém	10.878	7.135	7.336	14.528
Mongaguá	-	-	2.368	5.249
Peruíbe	-	-	3.259	7.010
Praia Grande	-	-	-	19.790
IV-Litoral Sul	26.419	20.895	21.894	25.353
Iguape	20.889	15.093	15.298	19.242
Cananéia	5.530	5.802	6.596	6.111
V - Vale do Ribeira	72.035	100.897	116.593	157.136
Apiaí	11.866	12.633	15.962	19.523
Barra do Turvo	-	-	-	3.993
Eldorado	14.946	10.785	10.717	10.864
Iporanga	7.873	7.943	8.344	3.927
Itariri	-	6.747	6.513	7.336
Jacupiranga	15.496	14.760	14.120	16.401
Juquiã	-	6.770	9.389	12.643
Juquitiba	-	-	-	7.290
Miracatu	16.492	10.136	10.864	14.258
Pariquera-Açú	-	-	5.372	7.799
Pedro de Toledo	-	4.579	4.463	6.105
Registro	-	19.559	15.559	24.309
Ribeira	5.361	6.691	8.544	7.301
Sete Barras	-	-	3.728	10.113
Tapiraí	-	-	2.000	5.274
TOTAL	317.730	413.643	520.493	684.949

FONTES: DEESP; Censos de 1940, de 1950 e de 1960 e o Censo Preliminar do Censo de 1970.

Transcrito: "SUDELPA - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social"

Gov. Est. S. Paulo

TAXAS DE URBANIZAÇÃO NA ÁREA SUDELPA- 1940/1970

Sub-Áreas e Municípios	1940	1950	1960	1970
I - Litoral Norte	25,1	29,2	44,2	81,1
Caraguatatuba	38,9	31,8	47,0	87,0
Ilhabela	-	24,5	36,0	95,3
São Sebastião	27,1	40,2	53,0	93,8
Ubatuba	14,5	22,1	39,0	59,9
II - Baixada Santista I	92,5	93,2	95,1	96,7
Cubatão	-	54,4	75,0	73,0
Guarujá	71,6	67,8	74,8	96,3
Santos	95,3	97,7	99,0	99,4
São Vicente	75,1	88,6	99,0	99,5
III - Baixada Santista II	16,4	43,6	70,2	91,9
Itanhaém	16,4	43,6	73,0	84,5
Mongaguá	-	-	69,0	89,2
Peruíbe	-	-	65,0	87,1
Praia Grande	-	-	-	99,8
IV - Litoral Sul	23,2	23,7	33,7	42,8
Iguape	22,5	20,3	29,9	31,9
Cananéia	25,5	25,0	35,4	46,2
V - Vale do Ribeira	10,0	14,1	22,6	29,0
Apiaí	15,7	16,1	26,0	27,3
Barra do Turvo	-	-	-	8,2
Eldorado	12,5	14,2	19,3	23,5
Iporanga	7,9	8,3	11,0	13,4
Itariri	-	32,0	31,0	33,8
Jacupiranga	8,1	13,6	20,3	41,7
Juquiá	-	13,2	26,8	29,0
Jquitiba	-	-	-	21,3
Miracatu	6,5	5,9	13,7	15,2
Pariquera-Açu	-	-	29,1	23,8
Pedro de Toledo	-	15,2	27,0	29,8
Registro	-	13,8	32,2	52,0
Ribeira	8,4	13,1	14,0	19,4
Sete Barras	-	-	21,9	16,8
Tapiraí	-	-	15,0	13,9

FONTE: Censos de 1940, de 1950 e de 1960 e sinopse Preliminar do censo de 1970.

Transcrito: - "SUDELPA - área de atuação - Caracterização físico-econômico-social".

Gov. Est. São Paulo

QUADRO 3

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

ano da
informação

POPULAÇÃO	total	175.585	
	urbana	60.006	
	rural	115.579	
DENSIDADE DEMOGRÁFICA		10,18	hab/km ²
TAXA DE URBANIZAÇÃO		34,17	%

1970

POPULAÇÃO, SEGUNDO IDADE E SEXO

IDADE	HOMENS	MULHERES	TOTAL
MENOS DE 1 ANO	2.916	2.846	5.762
1 ANO	2.624	2.597	5.221
2 ANOS	2.933	2.886	5.819
3 ANOS	2.770	2.772	5.542
4 ANOS	2.797	2.700	5.497
5-9	13.215	12.969	26.184
10-14	11.480	10.711	22.191
15-19	9.522	8.611	18.133
20-24	7.588	6.513	14.101
25-29	6.624	5.442	12.266
30-34	5.662	4.863	10.525
35-39	5.188	4.308	9.496
40-49	8.412	6.837	15.249
50-59	5.780	4.626	10.406
60-69	3.288	2.533	5.821
70-	1.634	1.539	3.173
IDADE IGNORADA	103	97	200
TOTAL	92.536	83.049	175.585

Transcrito de: "Conheça seu município - Região de Planejamento do Vale do Ribeira - Vol I - 1974 -
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO Nº 4

PROJEÇÕES POPULACIONAIS PARA A ÁREA SUDELPA

Anos	Sub-Área I	Sub-Área II	Sub-Área III	Sub-Área IV	Sub-Área V	Total
1971	50.104	632.670	52.911	25.733	161.850	923.268
1972	52.158	658.609	60.282	26.119	156.706	963.699
1973	54.296	685.612	68.282	26.511	171.707	1.006.408
1974	56.522	713.722	77.568	26.909	176.858	1.051.579
1975	58.839	742.985	88.117	27.313	182.164	1.099.418
1976	61.251	773.447	100.101	27.723	187.629	1.150.151
1977	63.762	805.158	113.715	28.139	193.258	1.204.038
1978	66.376	838.169	129.180	28.561	199.056	1.261.342
1979	69.097	872.534	146.748	28.989	205.028	1.322.396
1980	71.930	908.308	166.706	29.424	211.179	1.387.547

FONTE: Censo de 1960 e Sinopse Preliminar do Censo de 1970.

Sub-Área V - Vale do Ribeira

Transcrito : "SUDELPA - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social"
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO Nº 5

ELEIÇÕES DE NOVEMBRO DE 1974 -
MUNICÍPIOS DO VALE DO RIBEIRA

CIDADES	SENADO	DEP. FED.	DEP. EST.	PREFEITO	Nº DE VEREADORES E LEGENDA
Juquiã	MDB	ARENA	ARENA	ARENA	9 ARENA 0 MDB
Jacupiranga	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	7 ARENA 2 MDB
Pariquera-Açu	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	5 ARENA 2 MDB
Sete Barras	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	7 ARENA 2 MDB
Registro	MDB	MDB	ARENA	ARENA	7 ARENA 4 MDB
Iguape	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	7 ARENA 0 MDB
Miracatu	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	8 ARENA 1 MDB
Cananéia	ARENA	ARENA	ARENA	ARENA	6 ARENA 3 MDB
Eldorado	MDB	ARENA	ARENA	ARENA	5 ARENA 5 MDB

Fonte: UNICAMP - 1977

QUADRO 6 e 7

POPULAÇÃO, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADES E SEXO (+ de 10 anos)

ATIVIDADE	HOMENS	MULHERES	TOTAL
AGRIC. PECUÁRIA, SILVICULTURA, EXT. VEG. CAÇA E PESCA	34.470	1.645	36.115
ATIVIDADES INDUSTRIAIS	5.712	178	5.890
COMÉRCIO DE MERCADORIAS	2.307	286	2.593
PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS	1.561	2.582	4.143
TRANSPORTES, COMUNICAÇÕES E ARMAZENAGEM	1.800	91	1.891
ATIVIDADES SOCIAIS	731	1.151	1.882
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	1.367	120	1.437
OUTRAS ATIVIDADES	1.215	232	1.447
SUBTOTAL	49.113	6.285	55.398
T O T A L	65.300	56.227	121.527

POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE

ATIVIDADE	economicamente ativa	nao economica mente ativa	TOTAL
AGRIC. PECUÁRIA, SILVICULTURA, EXT. VEG. CAÇA E PESCA	36.115	72.987	109.102
ATIVIDADES INDUSTRIAIS	5.890	14.611	20.501
COMÉRCIO DE MERCADORIAS	2.593	5.667	8.260
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	4.143	4.148	8.291
TRANSPORTES, COMUNICAÇÕES E ARMAZENAGEM	1.891	5.517	7.408
ATIVIDADES SOCIAIS	1.382	1.701	3.583
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	1.437	4.085	5.522
OUTRAS ATIVIDADES	1.447	1.506	2.953
SUBTOTAL	55.398	110.222	165.620
CONDIÇÃO INATIVA	-	9.965	9.965
TOTAL	55.398	120.187	175.585

Transcrito de: "Censidade do município - Região de Planejamento do Vale do Ribeira" - 1974 - Vol. I
S. Paulo, S. Paulo, S. Paulo

QUADRO 8

USO ATUAL DA TERRA NO LITORAL PAULISTA EM PORCENTAGEM-1970

Região Litoral Paulista	Matas Naturais	Matas Artificiais	Área Incultas(1)	Pastagem Natural	Pastagem Artificial	Área Cultivada	Total
Litoral Norte	43,48	0,05	53,47	1,27	0,09	1,64	100,00
Baixada Santista	3,37	0,41	93,06	0,004	0,002	3,16	100,00
Vale Ribeira-Litoral Sul	38,72	0,10	57,11	1,34	0,37	2,36	100,00
TOTAL	35,25	0,13	60,74	1,19	0,31	2,38	100,00

FONTE: IEA

(1) Inclui área abandonada, urbana, rios, estradas, etc.; e foi obtida por diferença.

Transcrito: "SUDELPA - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social"
Gov. Est. S. Paulo

ADRO 9

USO ATUAL DA TERRA NO VALE DO RIBEIRA - LITORAL SUL EM PORCENTAGEM - 1970

Sub-Região Vale do Ribeira Litoral Sul	Matas Naturais	Matas Artificiais	Áreas Incultas(1)	Pastagem Natural	Pastagem Artificial	Área Cultivada	TOTAL
Apiaí	12,67	0,09	84,51	0,13	0,06	2,54	100,00
Barra do Turvo	19,74	-	77,69	0,10	0,02	2,45	100,00
Iporanga	11,75	-	87,14	0,08	0,02	1,01	100,00
Ribeira	14,67	0,01	81,40	0,61	0,06	3,25	100,00
Cananéia	37,37	0,01	61,98	0,52	-	0,12	100,00
Eldorado	29,21	-	64,46	1,46	0,88	3,99	100,00
Iguape	38,46	-	60,26	0,48	0,14	0,66	100,00
Jacupiranga	27,40	0,73	65,40	1,83	1,37	3,27	100,00
Juquiã	79,77	-	16,40	0,92	0,58	2,33	100,00
Miracatu	71,44	-	25,63	1,02	0,20	1,71	100,00
Pariquera-Açu	27,03	0,02	66,95	2,70	0,16	3,14	100,00
Registro	54,65	0,05	33,42	3,63	0,73	7,52	100,00
Sete Barras	74,52	-	21,47	1,89	0,38	1,74	100,00
Itariri	55,59	0,08	29,98	2,03	-	12,32	100,00
Pedro de Toledo	72,90	0,07	21,62	3,96	-	1,45	100,00
Juquitiba	52,27	1,11	37,15	6,37	2,27	0,83	100,00
Tapiraí	38,89	0,09	59,47	-	-	1,55	100,00
TOTAL	38,77	0,10	57,16	1,23	0,38	2,36	100,00

FONTE: IEA

(1) Inclue área abandonada, urbana, rios, estradas, etc., e foi obtida por diferença

TRANSCRITO: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-social
 Gov. Est. de S. Paulo

QUADRO 10

ESTRUTURA DA PRODUÇÃO AGRÍCOLA - PRODUTIVIDADE NO VALE DO RIBEIRA - LITORAL SUL
EM TCN. /HA.

Culturas	62/63	63/64	64/65	65/66	66/67	67/68	68/69	69/70	70/71	71/72
Banana	9,15	8,80	8,34	10,11	11,65	14,57	12,87	14,20	16,07	18,21
Hortícolas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chá	1,69	3,95	4,90	6,31	7,60	5,00	4,50	4,70	4,42	4,45
Frutícolas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomate	98,29	42,92	47,36	41,66	27,04	42,40	42,58	38,86	42,00	31,32
Arroz	3,52	1,00	1,34	1,52	2,30	1,63	0,92	1,17	1,07	1,24
Milho	2,41	0,85	1,01	1,11	1,28	1,38	1,29	1,31	1,17	1,32
Batata	20,23	15,00	11,25	14,06	13,80	10,97	17,35	14,70	14,83	13,25
Feijão	1,93	0,52	0,44	0,47	0,60	0,79	0,72	0,56	0,47	0,52
Diversos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte dos dados primários: IEA

Cálculos: SUDELPA

Transcrição: "SUDELPA - área de atuação. Caracterização Físico-econômico-social"
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 11

ESTRUTURA DA PRODUÇÃO AGRÍCOLA - ÁREA CULTIVADA NO VALE DO RIBEIRA-L. SUL EM PORCENTAGEM

Culturas	62/63	63/64	64/65	65/66	66/67	67/68	68/69	69/70	70/71	71/72
Banana	46	40	45	46	47	34	36	32	34	38 -
Hortícolas	1	1	1		1	1	3	2	3	2 +
Chá	4	4	4	5	5	6	10	11	12	12 +
Frutícolas	1	1	1	1	2	2	1	4	4	4 +
Tomate	0,5	*	*	*		1	1	*	*	1 ±
Arroz	14	18	11	10	15	14	20	18	15	14 -
Milho	23	25	28	28	24	32	22	22	21	20 -
Batata	0,5	*	*	1	*	1	*	1	1	1 ±
Feijão	5	5	7	6	2	6	2	6	6	5 ±
Diversos	5	5	2	2	3	2	4	3	3	3 ±
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte dos dados primários: IEA

Cálculos: SUDELPA

(*) Menos de 0,5%

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 12

PARCEIROS, ARRENDATÁRIOS E ASSALARIADOS NO LITORAL PAULISTA - 1967

Sub-Regiões	Nº Parceiros	Área em Par- cela (ha.)	Nº Arrendatá- rios	Área em Arren- damento (ha.)	Nº Assalaria- dos Permanen- tes	Nº Máximo de Assalariados	Nº de Proprie- dades c/Assa- lariados
Litoral Norte	40	243	17	460	823	527	112
Baixada Santista	31	259	50	706	2.359	2.734	316
Vale Rib. Lit. Sul	1.178	15.802	500	8.848	8.198	14.445	2.739
TOTAL	1.249	16.304	567	10.014	11.380	17.706	3.167

FONTE: IBRA

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-social
 Gov. do Est. S. Paulo

261

QUADRO 13

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO LITORAL PAULISTA - ESTABELECIMENTOS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA - 1960

Litoral Paulista	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000		+ 1000		TOTAL	
	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.
Litoral Norte	529	2210	233	5388	34	2493	46	11152	13	52113		
Baixada Santista	407	1345	148	4494	66	4960	79	19440	13	28356		
Vale Rib. - Lit. Sul	5006	25924	6695	164189	1359	100581	1141	271279	112	180517	14313	712470
TOTAL	5942	29479	7076	174071	1459	108014	1266	301871	138	260986	15881	874421

FONTE: IBGE

QUADRO 14

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO LITORAL PAULISTA - ESTABELECIMENTOS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA EM PORCENTAGEM (1960)

Litoral Paulista	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000				TOTAL	
	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.
Litoral Norte	61,87	3,01	27,25	7,35	3,98	3,40	5,38	15,20	1,52	71,04	100,00	100,00
Baixada Santista	57,08	2,30	20,76	7,67	9,26	8,46	11,08	33,18	1,82	48,39	100,00	100,00
Vale Rib. - Lit. Sul	34,97	3,48	46,77	22,11	9,49	13,54	7,97	36,53	0,80	24,34	100,00	100,00
TOTAL	37,41	3,36	44,55	19,92	9,18	12,35	7,97	34,52	0,89	29,85	100,00	100,00

Fontes dos dados primários: IBGE

Cálculos: SUDELPA

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. - Físico-econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 15

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO LITORAL PAULISTA - IMÓVEIS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA - 1969

Litoral Paulista	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000		+ 1000		TOTAL	
	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.
Litoral Norte	557	2171	414	9842	72	5527	137	39689	31	94464	1211	151693
Baixada Santista	569	2122	557	13990	118	8412	175	53209	31	73232	1450	151265
Vale Rib. - Lit. Sul	5187	24359	9384	243389	2276	166141	2374	635211	241	750933	19462	1819042
TOTAL	6313	28962	10355	266221	2466	180080	2686	728109	303	918629	22123	2122001

FONTE: IBRA

QUADRO 16

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO LITORAL PAULISTA - IMÓVEIS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA EM PORCENTAGEM - 1969

Litoral Paulista	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000				TOTAL	
	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.
Litoral Norte	41,99	1,44	34,19	6,48	5,95	3,65	11,31	26,16	2,56	62,27	100,00	100,00
Baixada Santista	39,24	1,60	38,41	9,25	8,14	5,56	12,07	35,18	2,14	48,41	100,00	100,00
Vale Rib. - Lit. Sul	26,65	1,34	48,22	13,35	11,70	9,13	12,20	34,92	1,23	41,28	100,00	100,00
TOTAL	28,54	1,36	46,81	12,55	11,15	8,49	12,14	34,31	1,36	43,29	100,00	100,00

Fonte dos dados primários: IBRA

Cálculos: SUDELPA

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. - Físico-econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 17

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO VALE DO RIBEIRA - LITORAL SUL - ESTABELECIMENTOS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA EM PORCENTAGEM - 1960

Sub-Região Vale do Ribeira Litoral Sul	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000		+ 1000		TOTAL	
	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.	Estab.	ha.
Apiaí	32,17	2,98	51,27	25,98	8,14	12,19	7,86	37,65	0,56	21,20	100,00	100,00
B. do Turvo (1)												
Iporanga	19,31	1,18	64,82	16,70	7,04	5,44	7,93	21,08	0,90	55,60	100,00	100,00
Ribeira	20,05	1,31	41,49	13,49	15,38	12,78	26,61	65,96	0,47	6,46	100,00	100,00
Cananóia	34,27	3,92	51,90	34,35	6,82	12,96	6,61	38,19	0,40	10,58	100,00	100,00
Eldorado	49,03	6,74	39,67	20,82	5,41	9,17	4,92	28,77	0,97	34,50	100,00	100,00
Iguape	11,08	0,66	52,72	15,81	18,73	14,27	15,20	40,28	1,67	28,98	100,00	100,00
Jacupiranga	26,36	1,91	46,90	18,11	13,05	14,40	12,58	43,85	1,11	21,73	100,00	100,00
Juquiã	23,65	1,61	44,91	16,15	10,73	10,72	13,47	41,11	7,19	20,41	100,00	100,00
Miracatu	26,57	2,68	53,87	22,50	10,95	14,10	7,44	31,80	1,17	28,92	100,00	100,00
Pariquera-Açú	7,65	0,62	60,66	22,49	18,03	19,51	12,56	38,80	1,10	18,50	100,00	100,00
Registro	32,97	4,27	47,38	28,91	11,84	21,45	7,54	35,64	0,27	9,73	100,00	100,00
Sete Barras	18,30	1,05	54,24	16,67	12,94	10,70	13,62	44,63	0,90	26,95	100,00	100,00
Itariri	50,93	8,68	40,58	30,17	5,84	13,99	2,39	23,87	0,26	23,29	100,00	100,00
Pedro de Toledo	29,95	2,35	50,23	18,86	9,22	11,13	9,68	41,74	0,92	25,92	100,00	100,00
Juquitiba (1)												
Tapiraí	51,40	5,89	40,60	10,67	3,00	7,70	4,80	38,99	0,20	35,58	100,00	100,00
Sub-Total	30,63	2,67	43,90	20,09	10,08	12,33	9,36	37,70	1,03	27,21	100,00	100,00
Ibiúna	49,10	8,98	39,60	36,04	7,16	20,70	4,09	20,89	0,05	3,39	100,00	100,00
Itapeçerica da Serra	45,91	9,18	41,82	20,09	8,78	23,92	3,40	24,54	0,09	6,26	100,00	100,00
TOTAL	34,97	3,48	46,77	22,11	9,49	13,54	7,97	36,53	0,80	24,34	100,00	100,00

Fonte dos dados primário : IECE - Cálculos : SUDELPA - (1) Município criado em 1963

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. - Físico-econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 18

ESTRUTURA FUNDIÁRIA DO VALE DO RIBEIRA - LITORAL SUL - IMÓVEIS E ÁREA POR ESTRATOS DE ÁREA
EM PORCENTAGEM - 1969

Sub-Região Vale do Ribeira Litoral Sul	0 - 10		10 - 50		50 - 100		100 - 1000		+ 1000		TOTAL	
	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.	Imóv.	ha.
Apiáí	23,31	1,65	49,10	15,81	13,45	12,41	13,35	41,43	0,79	28,70	100,00	100,00
Barra do Turvo	5,13	0,19	63,24	11,87	13,24	6,50	15,96	24,52	2,43	56,92	100,00	100,00
Iporanga	4,42	0,11	49,56	6,68	11,50	3,36	29,87	40,65	4,65	49,20	100,00	100,00
Ribeira	7,63	0,35	37,15	9,67	22,69	15,22	32,13	70,16	0,40	4,60	100,00	100,00
Cananãia	5,29	0,09	39,18	5,03	15,38	5,00	37,02	46,20	3,13	43,68	100,00	100,00
Eldorado	17,55	0,45	46,75	6,05	14,00	5,06	18,64	28,61	3,06	59,83	100,00	100,00
Iguape	11,96	0,48	53,19	10,30	14,69	8,02	17,83	35,00	2,32	46,20	100,00	100,00
Jacupiranga	21,10	1,20	47,42	15,00	15,05	12,63	15,05	40,50	1,39	30,67	100,00	100,00
Juquiã	19,00	1,10	53,84	15,52	13,33	10,09	12,72	42,72	1,11	30,57	100,00	100,00
Miracatu	20,47	0,71	52,96	9,39	10,40	5,36	13,99	24,55	2,13	59,99	100,00	100,00
Pariquera-Açu	12,52	1,14	60,53	28,72	16,64	22,51	10,17	44,52	0,15	3,11	100,00	100,00
Registro	13,19	1,19	56,71	26,30	19,31	22,01	10,19	36,17	0,58	14,33	100,00	100,00
Sete Barras	13,29	0,73	62,16	18,36	11,02	8,65	12,58	35,07	0,56	37,19	100,00	100,00
Itariri	28,74	3,61	55,35	25,92	14,68	19,21	3,89	26,05	0,60	24,21	100,00	100,00
Pedro de Toledo	23,89	1,39	56,87	17,37	8,46	7,80	9,30	44,68	1,48	29,16	100,00	100,00
Juquitiba	45,80	5,45	38,80	18,58	8,77	21,06	15,47	35,89	0,14	9,22	100,00	100,00
Tapirai	13,14	0,41	55,83	5,30	10,44	2,99	16,10	18,15	4,43	73,15	100,00	100,00
Sub-Total	18,99	0,84	59,58	11,81	13,53	8,65	14,91	33,04	1,59	43,66	100,00	100,00
Ibiúna	44,57	6,50	43,98	32,31	7,05	15,78	4,26	36,83	0,14	8,78	100,00	100,00
Itapeverica da Serra	63,82	16,31	30,87	46,16	3,52	17,40	1,79	20,15	-	-	100,00	100,00
TOTAL	26,65	1,33	48,20	13,32	11,70	9,13	12,20	34,72	1,25	41,30	100,00	100,00

Fonte dos dados primários: IBRA Cálculos: SUDELPA

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. - Físico-econômico-social
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 19

PARCEIROS, ARRENDATÁRIOS E ASSALARIADOS NO VALE DO RIBEIRA E LITORAL SUL - 1967

Sub-Região	Nº Parceiros	Área em Parceria (ha.)	Nº Arrendatários	Área (ha.) Arrendada	Nº Assalariados Permanentes	Nº Máximo de Assalariados	Nº de Propriedades c/Assalariados
Vale Ribeira - Litoral Sul							
Apiáí	60	535	72	518	84	301	57
Barra do Turvo	10	38	1	19	64	219	32
Iporanga	82	1.738	13	2.643	127	244	49
Ribeira	27	130	29	475	21	175	44
Cananéia	2	152	-	-	122	218	33
Eldorado	171	1.050	11	108	409	841	129
Iguape	132	1.491	21	496	561	960	181
Jacupiranga	53	716	5	75	429	971	215
Juquiá	67	1.072	15	344	761	1.398	299
Miracatú	155	4.275	31	311	635	903	245
Pariquera-Açu	32	1.142	3	78	224	339	71
Registro	29	517	13	204	1.700	2.410	244
Sete Barras	98	843	16	123	495	1.132	212
Itariri	8	292	8	136	606	819	126
Pedro de Toledo	13	125	16	142	208	331	69
Juquitiba	6	151	5	38	254	363	108
Tapiraí	30	508	7	78	223	356	75
Sub-Total	975	14.868	265	5.793	6.923	11.980	2.139
Ibiúna	100	811	165	2.755	417	1.106	147
Itapecerica da Serra	33	123	68	299	858	1.359	403
TOTAL	1.178	15.802	500	8.848	8.198	14.445	2.739

FONTE: IBRA

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 20

NÚMERO DE ESTABELECEMENTOS INDUSTRIAIS NO VALE DO RIBEIRA E LITORAL SUL, SEGUNDO O TAMANHO - 1965

Ramos Industriais	Tamanho			Total
	Pequenas	Médias	Grandes	
Minerais não Metálicos	52	2	2	56
Metalurgica	2	-	-	2
Mecânica	1	-	-	1
Material de Transporte	-	1	1	2
Madeira	57	1	-	58
Mobiliário	5	-	-	5
Química	-	1	-	1
Vestuário, Calçados, Art. Tecidos	2	-	-	2
Tecidos	-	-	-	-
Produtos Alimentares	91	5	2	98
Bebidas	18	-	-	18
Editorial e Gráfica	2	1	-	3
Total	230	11	5	246

FONTE: Cadastro Industrial - IBGE.

Transcrito: SUDESPA - área de atuação
Caract. Física e Social da Indústria
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO 21

NÚMERO DE ESTABELECEMENTOS INDUSTRIAIS NO VALE DO RIBEI-
RA E LITORAL SUL SEGUNDO TAMANHO - 1965

Municípios	Tamanho			Total
	Pequenas	Médias	Grandes	
Apiáí	10	-	-	10
Cananéia	6	-	-	6
Eldorado Paulista	10	-	-	10
Iguape	30	4	1	35
Iporanga	4	-	-	4
Itariri	10	1	-	11
Jacupiranga	12	-	1	13
Juquiá	6	-	-	6
Juquitiba	18	-	-	18
Miracatu	16	-	-	16
Pariquera-Açu	12	3	1	16
Pedro de Toledo	12	-	-	12
Registro	60	3	2	65
Ribeira	-	-	-	-
Sete Barras	15	-	-	15
Tapiraí	9	-	-	9
Total	230	11	5	246

FONTE: Cadastro Industrial - IEGE.

Transcrito: SUDEIPA - área de atuação
Caract. Físico-econômico-social
Gov. Est. S. Paulo

PRODUÇÃO INDUSTRIAL

ano da
informação

GÊNEROS DE INDÚSTRIA

1967

cod	INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO	VALOR DA PRODUÇÃO (Cr\$)	Nº DE ESTABEL	PESSOAL OCUPADO
10	MINERAIS NÃO METÁLICOS	5.819.817	49	607
11	METALÚRGICA	16.739	2	3
12	MECÂNICA	10.581	1	2
13	MATERIAL ELÉTRICO E DE COMUNICAÇÕES	-	-	-
14	MATERIAL DE TRANSPORTE	29.860	2	182
15	MADEIRA	534.872	41	169
16	MOBILIÁRIO	131.067	11	25
17	PAPEL E PAPELÃO	-	-	-
18	BORRACHA	-	-	-
19	COUROS, PELES E PRODUTOS SIMILARES	-	-	-
20	QUÍMICA	286.133	1	35
21	PRODUTOS FARMACÊUTICOS E MEDICINAIS	-	-	-
22	PRODUTOS F. PERFUMARIA SABOES E VELAS	-	-	-
23	PRODUTOS DE MATERIA PLÁSTICA	-	-	-
24	TÊXTIL	-	-	-
	VESTUÁRIO, CALÇADO E ARTEFATOS DE TECIDO	7.574	4	6
25	PRODUTOS ALIMENTARES	7.958.794	102	729
27	BEBIDAS	46.484	14	33
28	FUMO	-	-	-
29	EDITORIAL E GRÁFICA	33.106	2	8
30	DIVERSAS	-	-	-
	TOTAL	14.875.027	229	1.801

Transcrito: Conheça seu município-1974
Região de Planejamento do Vale do Ribeira
Gov. Est. S. Paulo

ENSINO PRIMÁRIO NA ÁREA SUDELPA

MATRÍCULA GERAL POR SUB-ÁREAS E MUNICÍPIOS
1956/1970

Sub - Áreas e Municípios	Número Absolutos				Número Índices			
	1956	1960	1965	1970	1956	1960	1965	1970
LITORAL NORTE								
Caraguatatuba	989	1.140	1.884	1.853	100	116	100	100
Ilhabela	728	711	840	1.044	100	98	100	124
São Sebastião	361	1.003	1.459	1.881	100	104	100	134
Ubatuba	1.267	1.361	2.367	2.393	100	107	100	101
Total	3.045	4.221	6.530	7.361	100	107	100	111
BAIXADA SANTISTA I								
Cubatão	2.520	3.651	5.185	7.444	100	144	100	171
Guaruja	2.380	5.025	9.097	13.167	100	211	100	149
Santos	24.163	27.774	32.781	35.502	100	115	100	109
São Vicente	6.207	8.343	12.120	15.773	100	134	100	127
Total	35.270	48.793	60.163	71.886	100	129	100	120
BAIXADA SANTISTA II								
Itanhaém	1.182	716	1.470	1.820	100	61	100	124
Mongaguá	-	325	648	857	-	-	100	148
Peruíbe	-	314	634	807	-	-	100	127
Praia Grande	-	-	1.666	2.514	-	-	100	151
Total	1.182	1.357	4.418	6.098	100	115	100	138
LITORAL SUL								
Cananéia	500	736	899	959	100	123	100	107
Iguape	1.592	1.551	2.193	2.467	100	112	100	112
Total	1.992	2.287	3.092	3.426	100	115	100	111
VALE DO RIBEIRA								
Apiáç	1.142	1.442	2.037	2.465	100	126	100	121
Berra do Turvo	-	-	813	530	-	-	100	88
Eldorado	903	1.232	1.395	1.200	100	136	100	129
Iporanga	417	528	477	499	100	128	100	103
Itariri	121	972	1.091	1.052	100	106	100	98
Jacupiranga	910	1.165	1.869	2.259	100	128	100	113
Juquiá	1.187	1.455	1.838	1.902	100	121	100	116
Jequitibá	-	-	508	708	-	-	100	139
Miracatu	1.422	1.521	1.854	2.208	100	107	100	133
Parquera-Açu	558	870	936	1.083	100	125	100	114
Pedro de Toledo	613	814	791	934	100	117	100	118
Regiêtro	3.143	2.581	3.307	3.816	100	82	100	109
Ribeira	672	555	990	1.077	100	89	100	109
Sete Barras	-	1.162	1.264	1.134	-	-	100	92
Tapiraí	-	381	472	561	-	-	100	119
Total	11.908	14.431	18.142	21.838	100	123	100	114

FONTE : DEESP

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
caract. físico-econômico-social
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO Nº 24 - DOMICÍLIOS SERVIDOS POR ENERGIA ELÉTRICA

EM DEZEMBRO DE 1970

Localidades	Domicílios Existentes Ocupados	Domicílios Servidos de En. Elé- trica	Domicílios Não Ser- vidos de Energia Elé- trica	
			Nº	%
Apiai	1.038	556	482	46
Barra do Turvo	68 (**)	*	-	-
Cananéia	392	312	80	20
Eldorado	486	234	252	52
Iguape	1.765	1.014	751	43
Iporanga	117	75	42	36
Itariri	496	203	293	59
Jacupiranga	1.310	317	993	76
Juquiá	679	403	276	41
Juquitiba	336	128	208	62
Miracatu	393	154	239	61
Pariquera-Açú	374 (**)	400 (**)	-	-
Pedro de Toledo	361	212	149	41
Registro	2.508	1.267	1.241	49
Ribeira	123	108	15	12
Sete Barras	354	155	199	56
Tapiraí	152	87	65	43
Total	10.510	5.225	5.285	50

FONTE: I. B. G. E - domicílios existentes
 C. E. S. P - domicílios servidos
 (*) Serviço a cargo da Prefeitura Municipal local - não existem dados disponíveis
 (* *) Não foram considerados no total.

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico- econômico-social
 Gov. Est. S. Paulo

QUADRO Nº 25

ÍNDICES DE MORTALIDADE GERAL POR 1.000 HABITANTES
ÍNDICE MÉDIO NA REGIÃO LITORAL - 1963/1967

Regiões	1963	1964	1965	1966	1967	1963/67
Litoral Norte	9,8	9,8	11,4	10,4	10,0	10,3
Vale do Ribeira	16,2	13,1	16,0	15,4	13,3	14,9
Litoral Sul	12,4	12,1	13,3	11,3	9,9	11,9
Baixada Santista I	9,3	8,9	9,7	9,0	8,3	8,8
Baixada Santista II	-	8,5	9,3	9,2	-	8,8
Interior do Estado de São Paulo	9,1	8,7	8,2	8,3	7,9	8,2
Município de São Paulo	8,8	8,4	8,1	8,2	8,0	8,2

MONTE : DEESP

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. Físico-econômico-social
Gov. Est. São Paulo

QUADRO Nº 26

CURVAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL - INTERIOR DO ESTADO (1963/67), VALE DO RIBEIRA (*) (1961/67) E MUNICÍPIOS DE IGUAPE E DE CANANEIA EM CONJUNTO (LITORAL SUL), 1961/67.

Áreas	Grupos de Idade (Anos)			
	Menos de 1 ano	1 - 4 anos	5 - 19 anos	50 anos ou Mais
Interior do Estado	27,8	8,1	3,7	39,7
Vale do Ribeira	25,5	21,8	6,9	28,0
Litoral Sul	22,4	20,5	5,2	42,1

(*) Vale do Ribeira, excluindo os municípios de Iguape e de Cananeia.

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. físico-econômico-social
GOV. Fst. São Paulo

QUADRO Nº 27

HIERARQUIZAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE
NO VALE DO RIBEIRA E NO LITORAL SUL - 1963 / 67
CONFORME CRITÉRIO DE "VULNERABILIDADE DO DANO" %
REPRESENTADO PELA MORTALIDADE

Grupos de Doenças	Ordem Hierárquica (#)	
	Litoral Sul	Vale do Ribeira
01. Redutíveis por Saneamento	4 (9)	1 (5)
02. Redutíveis por Vacinação	2 (4)	5 (7)
03. Redutíveis Mediante Programas Especiais	5 (8)	6 (9)
04. Outras Infecciosas e Parasitárias	7 (6)	8 (8)
05. Complicações da gravidez, parto e puerpério	10 (10)	9 (10)
06. Câncer	9 (7)	10 (6)
07. Córdio-Vasculares	6 (2)	7 (1)
08. Respiratórias Agudas	1 (1)	4 (4)
09. Acidentes e Violências	3 (3)	2 (2)
10. Causas Perinatais	8 (5)	3 (3)
11. Todas as demais doenças	-	-
Índice Médio de Vulnerabilidade (# #)	0,38	0,38

(*) Ordem da magnitude do dano (Quadro nº IX, do Apêndice), levando-se em conta o grau de vulnerabilidade; entre parênteses, a ordem, de acordo com o valor do índice de mortalidade não corrigido.

(***) Explicação no Quadro nº IX, do Apêndice.

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-social
 GOV. Est. S. Paulo

274

QUADRO Nº 28

CAUSAS DE ÓBITO (DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ENTRE GRUPOS DE DOENÇAS, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL - APÊNDICE, QUADRO Nº V). LITORAL SUL E VALE DO RIBEIRA, 1963/67 E INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1967.

(Doenças (ou Grupos de Doenças))	Litoral Sul		Vale do Ribeira		Interior	
	% (†)	Ordem	%	Ordem	%	Ordem
Infecciosas e Parasitárias	15,5	3	16,7	3	13,4	2
Respiratórias Agudas	25,8	1	9,2	5	7,8	5
Cárdio-vasculares	23,5	2	18,9	1	26,5	1
Neoplásicas (câncer)	3,3	6	5,8	6	9,7	4
Acidentes e mortes violentas	15,4	4	18,9	2	5,5	6
Causas perinatais	4,3	5	11,3	4	14,6	3
Outras doenças	11,7	-	18,0	-	22,4	-

(†) Percentagem do total de óbitos com diagnósticos; ordem = posição hierárquica do grupo de doenças dentre as demais causas.

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico - econômico - social
 Gov. do Est. S. Paulo

QUADRO Nº 29

ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS
VALE DO RIBEIRA - 1953/1967 (POR QUINQUÊNIOS)

Quinquênios	Mortalidade Infantil por 1.000 Nascidos Vivos		
	Total	Néo-Natal	Tardia
1953 / 57	83,3	34,1	49,1
1958 / 62	82,3	37,1	45,1
1963 / 67	69,6	37,2	32,4

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. Físico-econômico-Social
Gov. Est. S. Paulo

QUADRO Nº 30

DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS NA REGIÃO LITORAL, 1970

Regiões	Públicos		Privados				Total	
	Número de Unidades	Número de Leitos	Lucrativos		Não Lucrativos		Número de Unidades	Número de Leitos
			Número de Unidades	Número de Leitos	Número de Unidades	Número de Leitos		
Litoral Norte	1 (*)	54	-	-	1	64	1	64
Baixada Santista	-	-	11	669	6	1.575	15	2.204
Vale do Ribeira	1	160	1	40	4	173	5	218
Total	2	214	12	709	11	1.817	21	2.536

(*) Administrado por grupo privado, mediante convênio.

Transcrito : SUDELPA - área de atuação
 Caract. Físico-econômico-Social
 Gov. Est. São Paulo

QUADRO Nº 31

NÚMERO DE LEITOS E ÍNDICE LEITO POR 1 000 HABITANTES,
ESTADO DE SÃO PAULO E SUB-REGIÕES DA REGIÃO LITORAL

1970

Área e Sub-Regiões	Número de Leitos	Leitos por 1.000 Habitantes
Estado de São Paulo (1966)	47.728	2,94 (2,8)
São Paulo - Capital (1966)	15.573	3,06 ()
Estado de São Paulo, excluindo -se a Capital (1966)	30.155	2,88 ()
Litoral Norte (1965)	92	2,32
Vale do Ribeira (1965)	339	2,22
Baixada Santista (1965)	2.083	3,98

(~~2,8~~)! Apenas leitos de curta permanência.

Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. físico-econômico-social
Gov. Est. S.Paulo

QUADRO Nº 32

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS E DOS ÍNDICES POR 1.000 HABITANTES NAS TRÊS SUB-REGIÕES DA REGIÃO LITORAL ENTRE 1965 e 1970

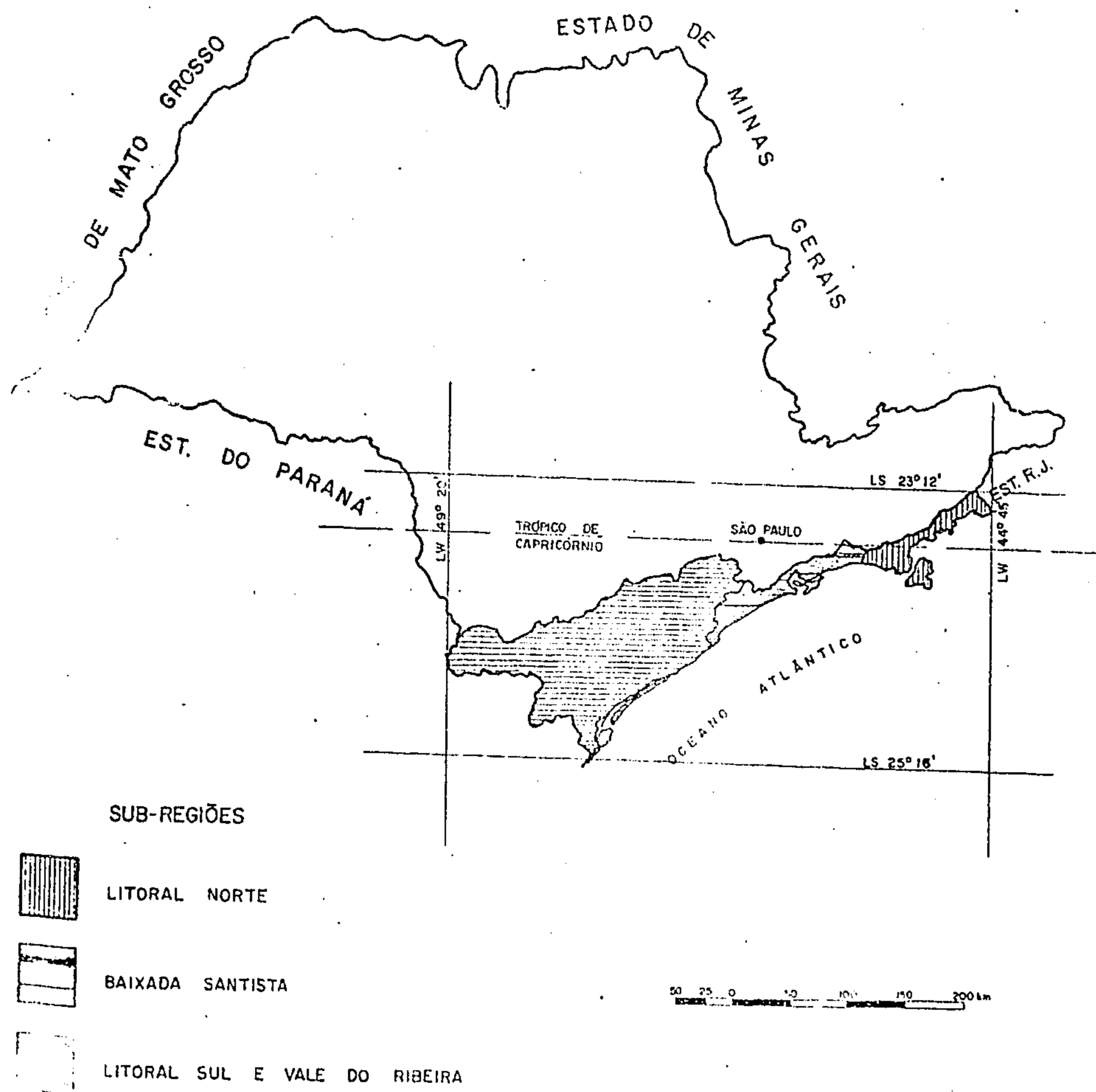
Sub-Regiões	Número de Leitos		Leitos/1.000 Habitantes	
	1965	1970	1965	1970
Litoral Norte	92	188	2,32	3,90
Baixada Santista (**)	2.083	2.580	3,38	3,94
Vale do Ribeira	239	378	2,22	3,10

FONTE: Coordenadoria de Assistência Hospitalar, Secretaria da Saúde.

(**) - Nesta seção considera-se a Baixada Santista como zona homogênea, compreendendo o total dos municípios da sub-região 2.1 (Quadro nº I, Apêndice).

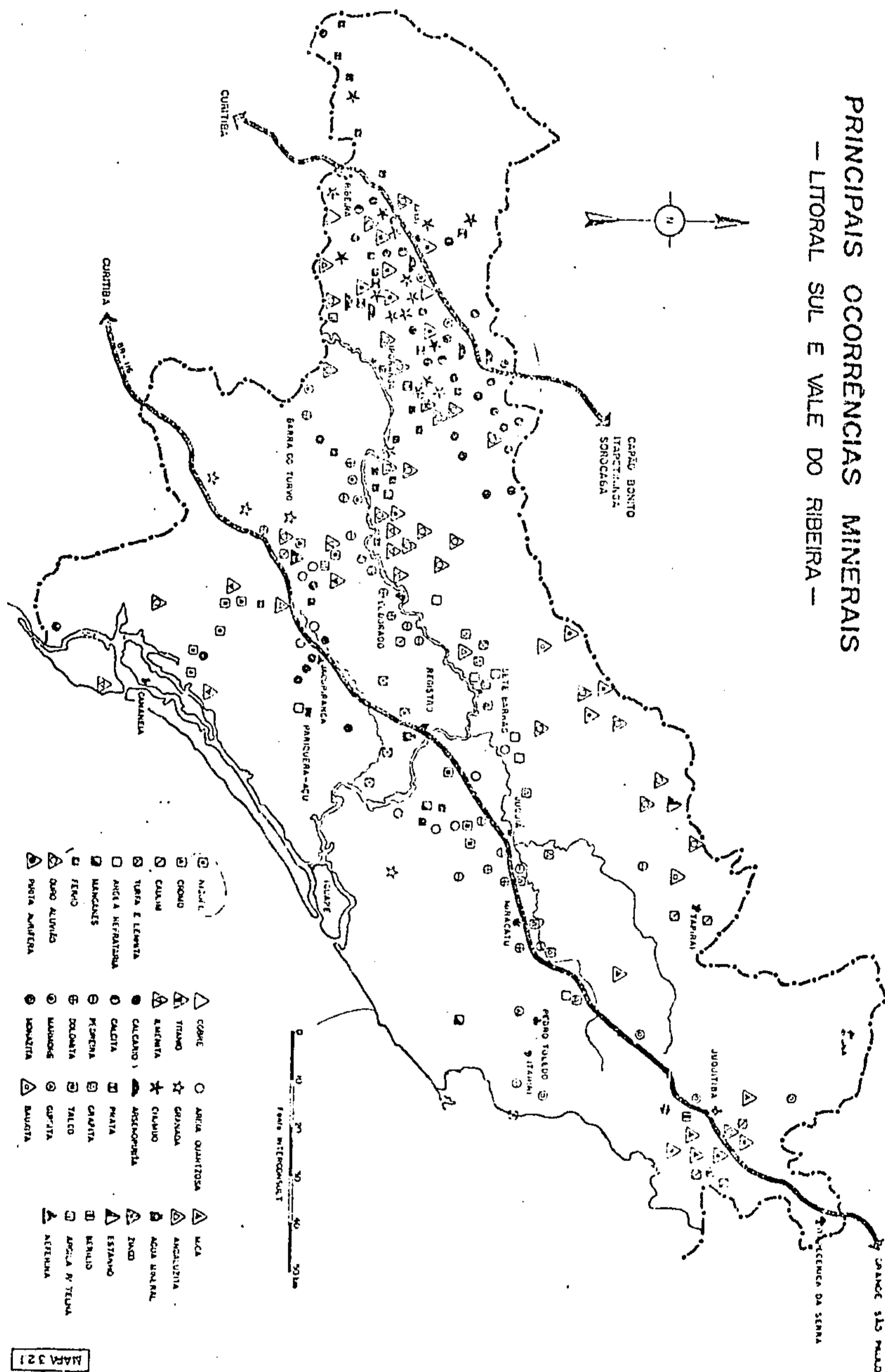
Transcrito: "SUDELPA - área de atuação
Caracterização físico-econômico-social"
Gov. Est. S. Paulo

ÁREA DE ATUAÇÃO DA SUDELPA NO ESTADO



Transcrito: SUDELPA - área de atuação
Caract. Físico-econômico-social
Gov. do Est. São Paulo

PRINCIPAIS OCORRENCIAS MINERAIS
 — LITORAL SUL E VALE DO RIBEIRA —

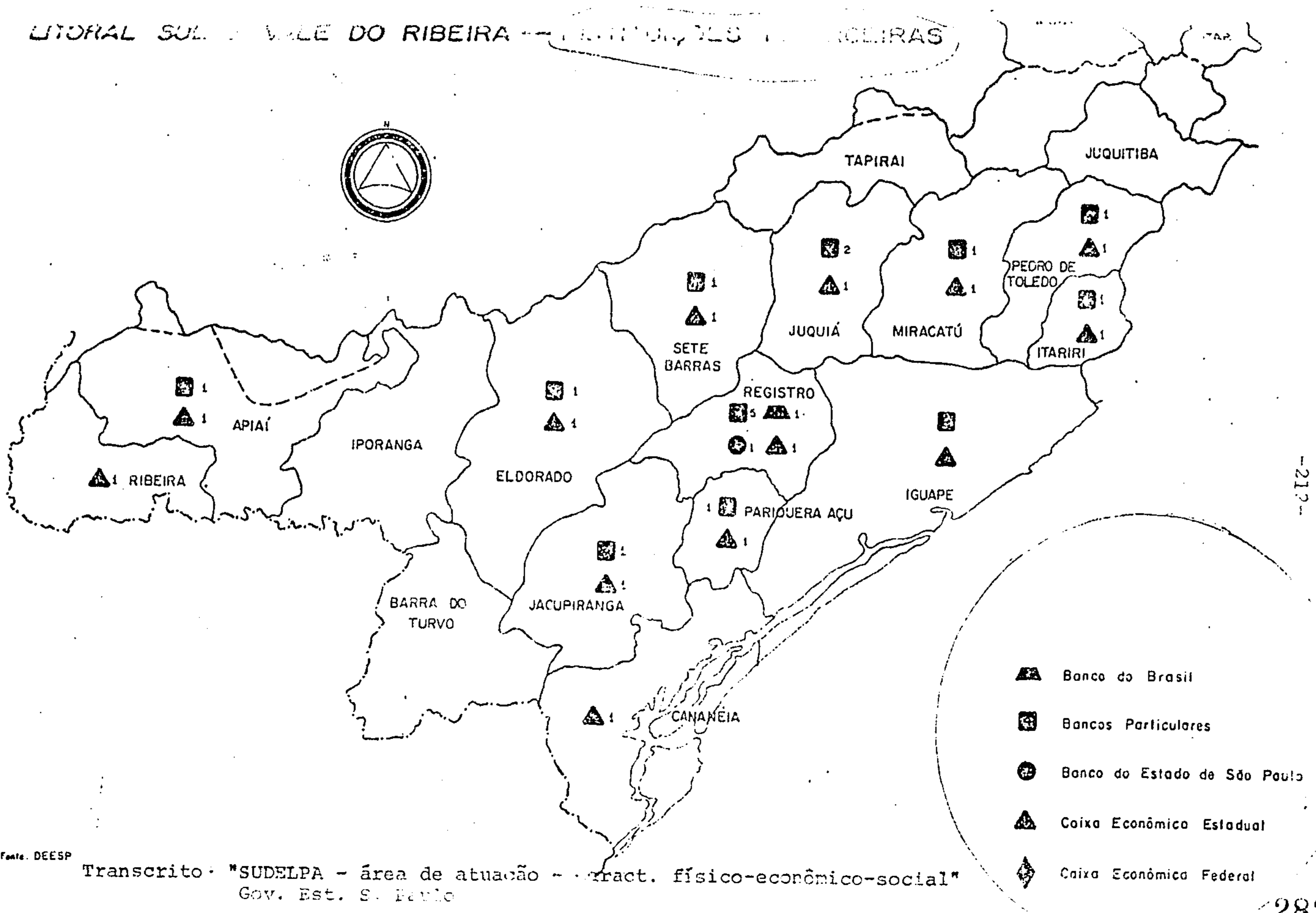


MAPA 321

Transcrito: "SUDELPA - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social"
 SUDELPA/Gov. Est. S. Paulo

MAPA IV - MUNICÍPIOS DO VALE DO RIBEIRA

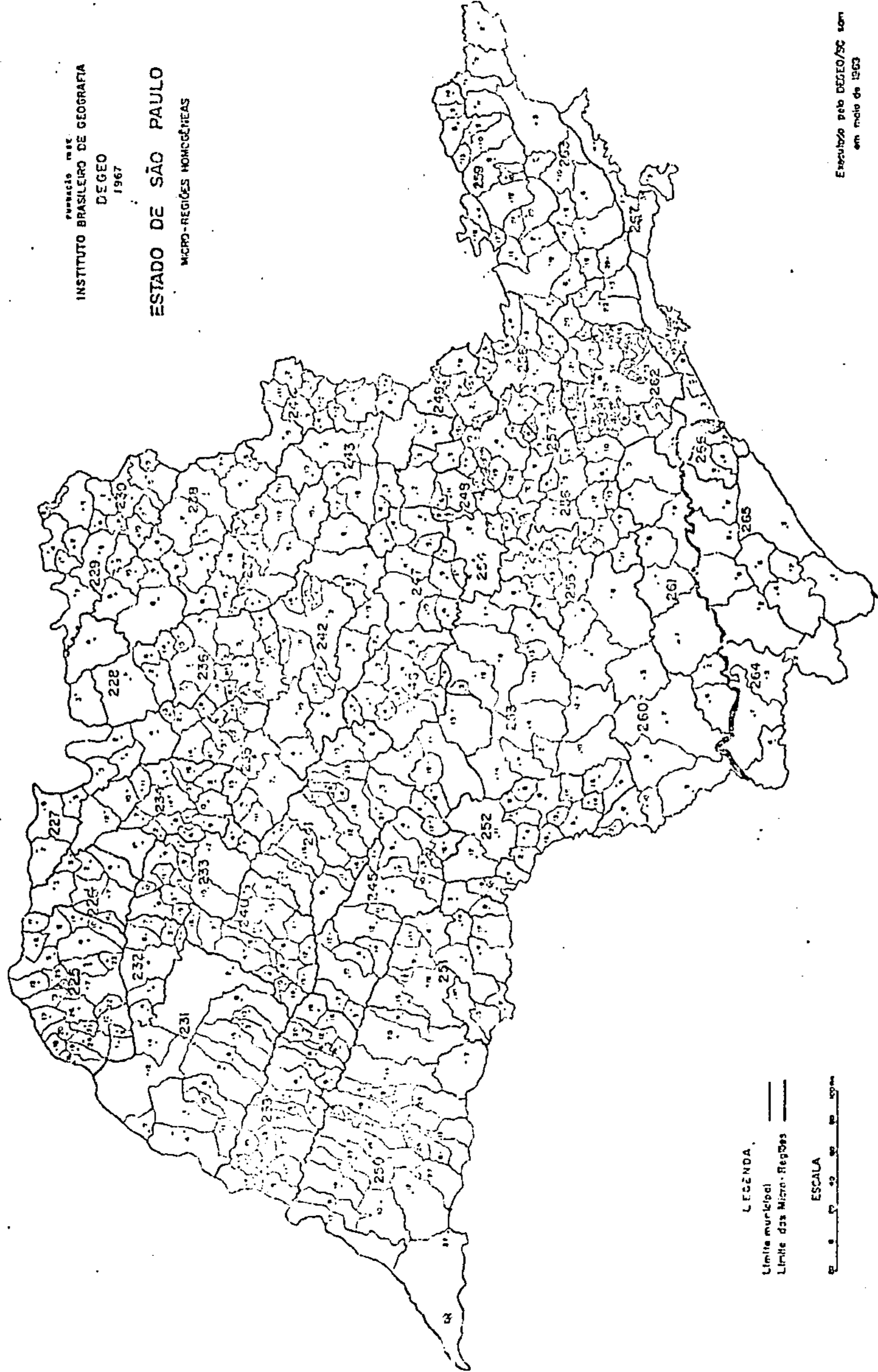
LITORAL SUL DO VALE DO RIBEIRA - MUNICÍPIOS DE CANAÑEIA A IGLIRAS



Fonte: DEESP
 Transcrito: "SUDELPA - área de atuação - caract. físico-econômico-social"
 Gov. Est. S. Paulo

MAPA IV

PARANÁ 1967
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA
E EGEIO
1967
ESTADO DE SÃO PAULO
MICRO-REGIÕES HOMOGENEAS

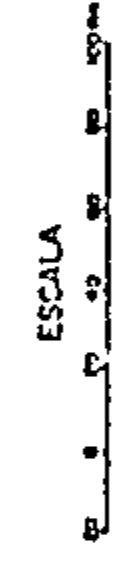


Elaborado pelo IBGE/SP com
em maio de 1967

LEGENDA

Limite municipal

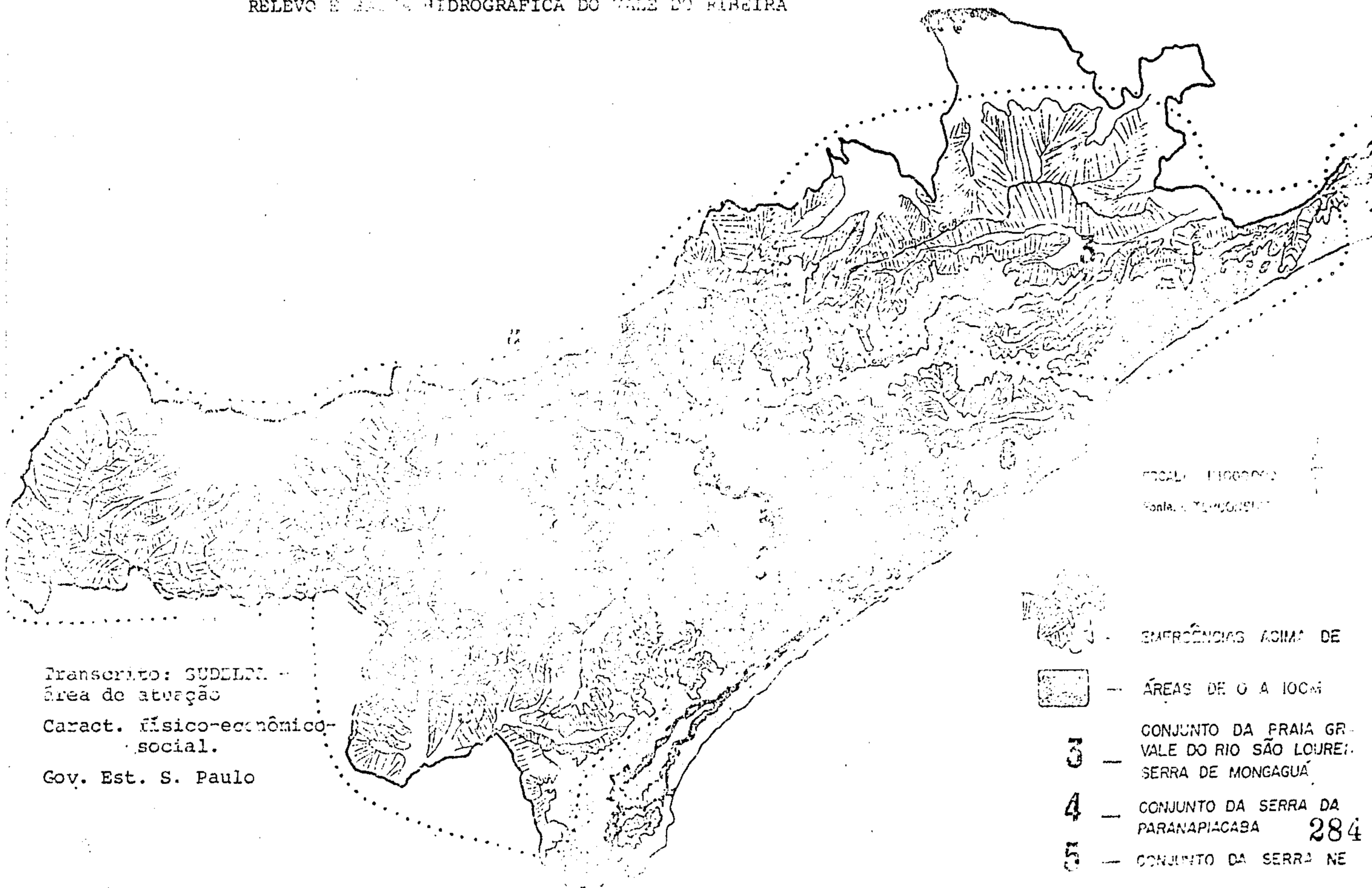
Limite das Micro-Regiões



Transcrito: Divisão de Estatística
Micro-regiões Homogêneas - 1967
IBGE



MAPA III

RELEVO E BACIA HIDROGRÁFICA DO VALE DO RIBEIRA

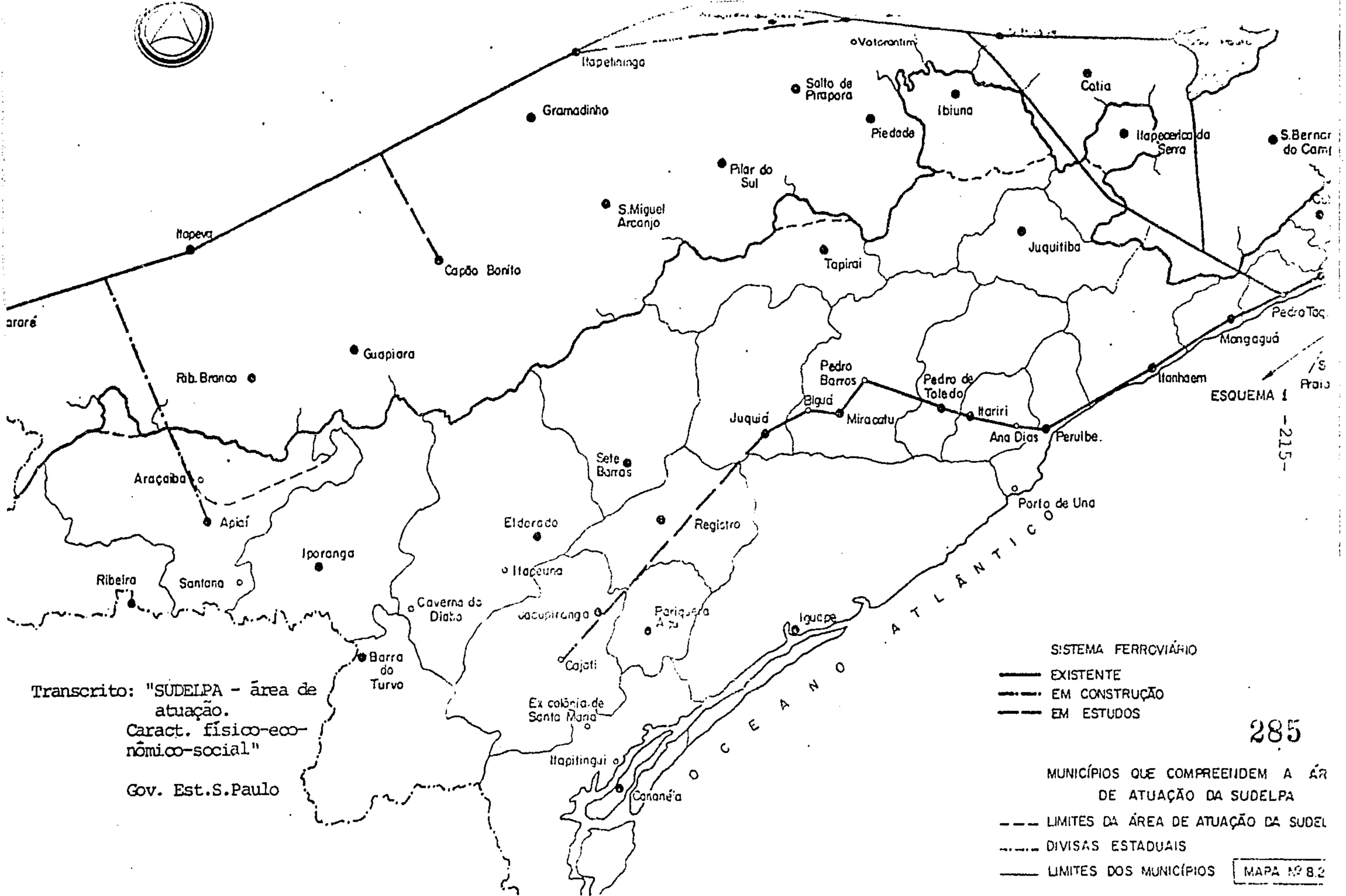


ESCALA 1:100.000
Fonte: SUDEPLAN

Transcrito: SUDEPLAN -
Área de atuação
Caract. físico-econômico-
social.
Gov. Est. S. Paulo

-  - ELEVACIONES ACIMA DE
-  - ÁREAS DE 0 A 100M
- 3 - CONJUNTO DA PRAIA GRANDE - VALE DO RIO SÃO LOURENÇO - SERRA DE MONGAGUA
- 4 - CONJUNTO DA SERRA DA PARANAPIACABA 284
- 5 - CONJUNTO DA SERRA NE
- 6 - CONJUNTO DOS MACIÇOS WATINS - CARDOSO - MARRÃO - JURÉIA ETC.

PRINCIPAIS MUNICÍPIOS E CIDADES DO VALE DO RIBEIRA



Transcrito: "SUDELPA - área de atuação.
 Caract. físico-econômico-social"
 Gov. Est. S. Paulo

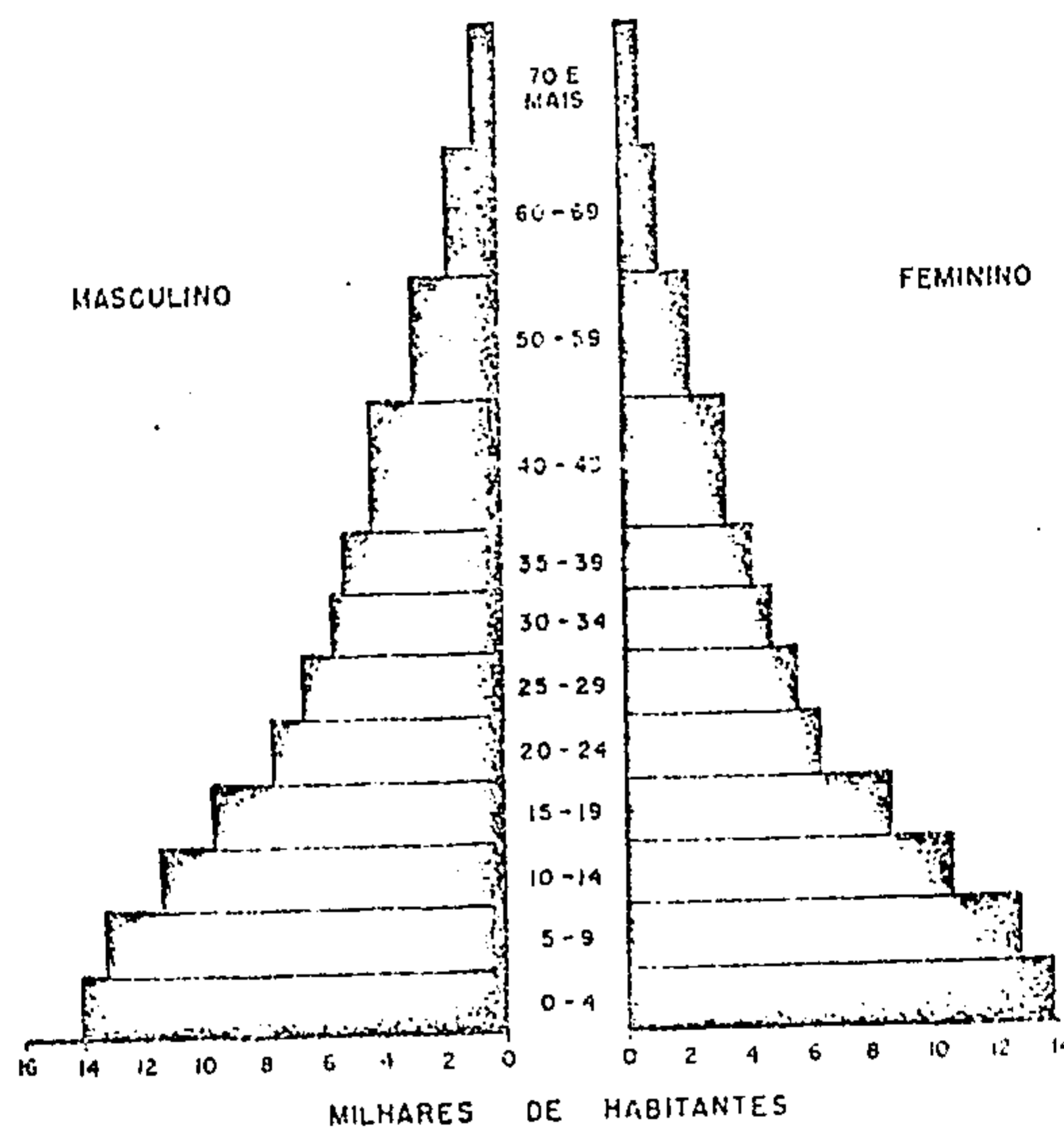
SISTEMA FERROVIÁRIO
 — EXISTENTE
 - - - EM CONSTRUÇÃO
 - - - EM ESTUDOS

MUNICÍPIOS QUE COMPREENDEM A ÁREA DE ATUAÇÃO DA SUDELPA
 - - - LIMITES DA ÁREA DE ATUAÇÃO DA SUDELPA
 - - - DIVISAS ESTADUAIS
 — LIMITES DOS MUNICÍPIOS

PIRÂMIDE POPULACIONAL

SEGUNDO A IDADE E SEXO

1970



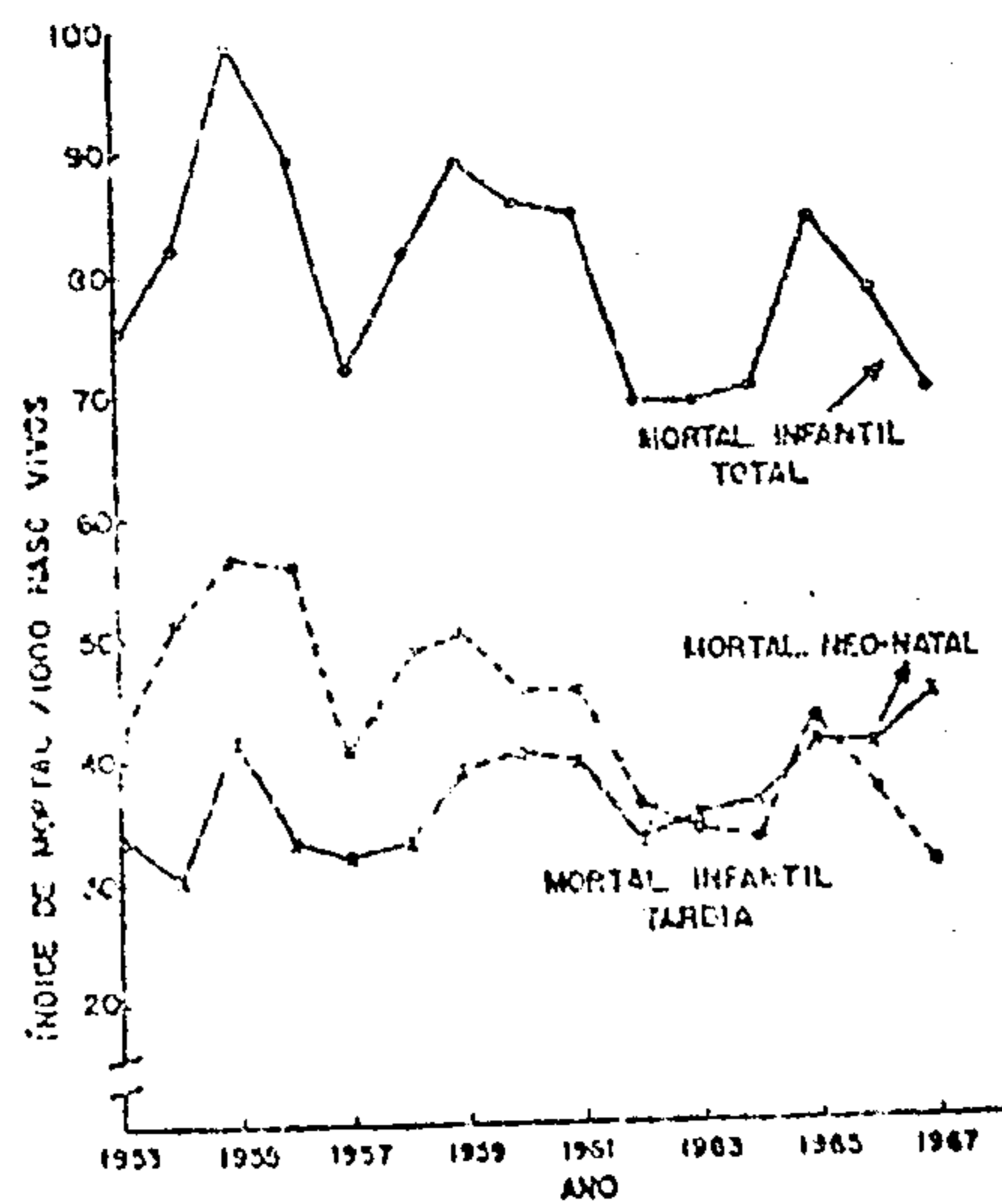
Fonte: Conheça seu município - Região de Planejamento do Vale do Ribeira

Vol I - 1974

Gov. do Est. S.Paulo

GRÁFICO I

Mortalidade infantil
no Vale do Ribeira
entre 1953 e 1967



Transcrito: SUDREDA - área de atuação
Caract. físico-econômico-social
Gov. Est. S. Paulo

VI. PROJETO DE ATENÇÃO MÉDICA SIMPLIFICADA PARA UMA
ÁREA PERI-URBANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

VI. PROJETO DE ATENÇÃO MÉDICA SIMPLIFICADA PARA UMA ÁREA
PERI-URBANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Histórico do Programa
3. Caracterização da Região de Nova Iguaçu
4. Programa Austin - Descrição
5. Participação Popular: Alguns Pontos para Discussão
6. Conclusões

Anexo: Justificativa e Objetivos (extrato do documento)
básico elaborado pelo IMS da UERJ).

1. Introdução

As informações contidas neste relatório foram colhidas através da leitura de documentos elaborados pelo IMS da UERJ, de entrevistas informais realizadas com coordenadores do IMS, com médicos e auxiliares de saúde do Programa, do exame de arquivos de jornais de Nova Iguaçu e de visitas locais, que permitiram observar o funcionamento do trabalho.

O "Projeto de Atenção Médica Simplificada para uma área Peri-Urbana do Estado do Rio de Janeiro" começou a funcionar em agosto/76, com a entrada em atividade do Posto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, em Austin, município de Nova Iguaçu no Estado do Rio de Janeiro.

O Posto de Saúde funciona mediante convênio celebrado entre o Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e opera de acordo com as normas da referida Secretaria com os acréscimos e mudanças decorrentes do convênio com o IMS.

Mais recentemente, em abril/77 e junho/77, iniciaram suas atividades dois Mini-Postos, na mesma região de Austin, em bairros mais retirados: Vila Guimarães e Tinguazinho, ambos funcionando por meio de convênio firmado entre o IMS e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Participam ainda do Projeto as seguintes instituições: Ministério da Saúde, através da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e a Fundação Ford, ambas financiando Projetos de Pesquisa.

2. Histórico do Programa

Em 1969, o IMS deu início a diversas tentativas no sentido de estender a prestação de serviços médicos para fora da estrutura hospitalar, objetivando a formação de médicos generalistas neste

domínio das técnicas de Medicina Preventiva. Foi celebrado neste ano um Convênio com a Secretaria de Saúde do antigo Estado da Guabara, por intermédio do qual se permitia o estágio de internos e residentes no Centro de Saúde de Vila Isabel. As atividades neste Centro teriam também por objetivo pôr em prática novas formas de prestação de serviços médicos, tais como a chamada atenção médica simplificada, obedecendo a uma orientação geral do IMS que, partindo da crítica ao modelo de assistência hospitalar, pretendia pesquisar propostas alternativas a este modelo.

A experiência não teve, no geral, resultados satisfatórios. As principais falhas apontadas na época estavam ligadas à falta de autonomia do IMS junto ao Centro de Saúde e à ausência de supervisão das atividades dos estagiários, tarefa que estava a cargo da Secretaria de Saúde. Estes fatores, associados ao deslocamento do centro de preocupações do IMS, que passou a ser a organização do Mestrado em Medicina Social, levaram em 1973 a uma quase paralisação das atividades junto ao Centro de Saúde.

Neste ano o Dr. José Noronha ingressou no IMS, tendo como principal objetivo desenvolver um Programa de Medicina Comunitária. Tentou, a princípio, retomar o trabalho anterior no Centro de Saúde de Vila Isabel, através de um Programa Materno-Infantil que incorporava conceitos e práticas de Atenção Médica Primária. Este trabalho desenvolveu-se precariamente até fins de 1974, não mantendo vínculos com a produção teórica desenvolvida no Curso de Mestrado.

No início de 1975, o IMS retomou suas preocupações com relação à busca de formas alternativas de atenção médica, à necessidade de colocar em prática modelos de assistência médica simplificada, incorporando agora o conceito de participação comunitária.

Na escolha da área para implantação destes modelos alternativos, foi dada importância à existência ou não de serviços de saúde. A experiência no Centro de Saúde de Vila Isabel demonstrou que nos grandes centros urbanos é mais difícil implantar um modelo inovador de assistência médica, quando já existe toda uma estrutura médico-assistencial em funcionamento. Novos contatos com a Secretaria de Saúde do Estado, que na época estava construindo Pog

tos de Saúde na baixada fluminense, conduziram à descoberta de Austin, local onde não existia qualquer instituição de saúde.

O convênio com a Secretaria de Saúde foi celebrado em junho de 1976, cabendo à Secretaria os gastos com equipamentos e contratação de médicos e pessoal para-médico. Ao IMS coube a suplementação salarial dos médicos até os níveis da UERJ, a fim de permitir o trabalho médico em tempo integral no Posto de Saúde, além do pagamento de um auxílio transporte ao pessoal para-médico. Para o cumprimento destes compromissos, o IMS firmou convênio com as outras instituições já citadas (LBA, CPMI, FINEP, FUNDAÇÃO FORD). O Programa não é auto-suficiente financeiramente, uma vez que para sua continuidade o IMS depende das renovações dos convênios ou de verbas de novas fontes.

O planejamento do Programa de Medicina Comunitária de Austin foi feito com participação limitada dos elementos do IMS. Nele trabalharam ativamente a Coordenadora Geral do IMS, Dra. Nina Pereira Nunes e o Coordenador de Serviços do IMS e atual chefe do Posto de Saúde de Austin, Dr. José de Carvalho Noronha. O diagnóstico de Saúde do Município de Nova Iguaçu, onde Austin está situado, foi realizado com a colaboração dos mestrandos do IMS, sendo esta uma das tentativas de maior integração entre o Programa e outras atividades do IMS.

3. Caracterização da Região de Nova Iguaçu

a) Localização e População

Austin é um bairro da cidade de Nova Iguaçu que está situado na região metropolitana do Grande Rio, às margens da Rodovia Presidente Dutra.

De acordo com o censo de 1970, a população da região metropolitana naquele ano era de 7.080.661 habitantes. A mesma fonte registra para a Baixada Fluminense, onde está localizado o município de Nova Iguaçu, uma população de cerca de 2.000.000 habitantes.

Atingindo a casa do milhão em 1976, Nova Iguaçu apresentava em 1970 um contingente populacional de 727.140 habitantes e uma taxa de crescimento de 8% ao ano.*

Contando com uma área que atinge 76.400 hectares, o município de Nova Iguaçu encontra-se dividido em seis distritos, com uma distribuição desigual de sua população (Tabela I).

A área rural do município está localizada no distrito de Cava com uma população em torno de 2.814 habitantes, o que significa 0,39% da sua população total.

TABELA I
Nova Iguaçu - Distritos - População e Área

DISTRI TO	ÁREA (hab)	POP.	HAB/HA.
1. Nova Iguaçu	17.900	331.468	15,83
2. Queimados	12.500	62.465	4,19
3. Cava	27.400	29.871	0,91
4. Belford Roxo	7.300	173.272	19,97
5. Mesquita	3.100	93.678	25,04
6. Japeri	8.200	36.386	3,71
T O T A L	76.400	727.140	8,08

Fonte: IBGE

O distrito de Nova Iguaçu, embora não sendo o maior, é o mais populoso e abrange alguns bairros e o centro de Nova Iguaçu. É o distrito sede do município e nele está localizado o bairro de Austin.

É relativamente grande o número de moradores de procedência externa ao município. Do total dos seus habitantes, 57%

* Fonte - "Levantamento Preliminar de Dados sobre a Estrutura Sócio-Econômica de Nova Iguaçu" - Rosa'ba de Almeida Moleto e Leuir José - Instituto de Medicina Social - UERJ.

não são naturais de Nova Iguaçu: provêm, em sua maioria, de Minas Gerais, Espírito Santo e de Estados do Nordeste Brasileiro.

O contingente de população do município de Nova Iguaçu empregada é da ordem de 199.007 habitantes sendo que desse total 170.400 trabalha fora da cidade, principalmente no Rio de Janeiro.

Dada a grande distância entre os locais de moradia e trabalho e a precariedade das condições de transporte, a grande massa de trabalhadores urbanos de Nova Iguaçu é obrigada a perder de 3 a 4 horas de seu tempo diário para ir e voltar da casa ao trabalho. Dentre as conseqüências desse fato, pode-se constatar as seguintes: esgotamento físico da mão de obra, dispêndio econômico excessivo em transporte, atrasos comuns pelos freqüentes problemas redes rodoviárias e ferroviárias, inexistência de condições satisfatórias de tempo para cuidar das condições de saúde, educação e lazer individuais, da família e da comunidade.

Nova Iguaçu é, assim, uma cidade dormitório, repositório das forças físicas perdidas durante um dia de trabalho e de locomoção entre a casa e o emprego.

Nova Iguaçu é ainda um imenso reservatório de mão de obra para toda a região do Grande Rio. Dispondo de pelo menos 351.300 habitantes em faixa etária que os torna aptos para o trabalho (ver Tabela II), estão ocupados apenas 199.007 de seus moradores. Consta-se pois um excedente de mão de obra desempregada ou sub-empregada que gira em torno dos 152.293 habitantes.

TABELA II
Nova Iguaçu - População por idade

I D A D E	Nº	%
0 - 14	307.009	42,23
15 - 49	351.300	48,31
50 e +	67.567	9,29
ignorada	1.624	0,17
T O T A L	727.140	100

Fonte: Censo Demográfico 1970

A taxa de mortalidade em 1970 acusava um índice de 5,7/1000 habitantes, enquanto a mortalidade infantil atingia a casa dos 57,7/1000 nascidos vivos.

Peia Tabela III pode-se ter um quadro geral das 10 principais causas de mortalidade no município.

T A B E L A III

10 primeiras causas de mortalidade no município de Nova Iguaçu

C A U S A S	Nº DE ÓBITOS	%
Gastrite, Duodenite e Colite	115	17,1
Lesões Vasculares	385	9,2
Outras Doenças do Coração	378	9,1
Doenças Arteriosclerótica e Degenerativas do Coração	360	9,6
Pneumonia	325	7,8
Acidentes, Envenenamento e Violências ..	272	6,5
Causas Perinatais	203	4,9
Tuberculose (todas as formas)	193	4,6
Neoplasmas Malignos	133	3,2
Cirrose	95	2,3
Outras causas	1.115	26,7
T O T A L	4.174	100

Fonte: Anuário estatístico da Secretaria de Saúde e Saneamento do Estado do Rio de Janeiro - 1971.

b) Aspectos Sócio-Econômicos

Economia:

Na história do município de Nova Iguaçu, dois períodos podem ser demarcados, tomando-se como referência sua situação econômica. Um período anterior e outro posterior a 1950. Até essa

época, a economia é marcadamente agrícola, predominando a cultura da banana e da laranja, vindo, em seguida, a cana de açúcar, a mandioca e o milho.

Da década de 50 para cá, a fisionomia econômica no município ganha traços marcantes na área secundária e, principalmente, na área terciária.

Dados de 1970 apresentam o setor primário absorvendo 17% da população economicamente ativa com mais de 10 anos de idade, o que significa um decréscimo de cerca de 60% em relação a 1950.

O setor secundário, ocupando 33% da população economicamente ativa (com mais de 10 anos), contava com 565 estabelecimentos industriais em 1970, o que significa um aumento de 96% em relação a 1960. Dos 565 estabelecimentos, 43,9% compunham o ramo alimentício, seguido do ramo dos minerais não metálicos com 10,3% e da metalurgia com 9,5%.

Dos 6.401 estabelecimentos do setor terciário, absorvendo 50% da população economicamente ativa (com mais de 10 anos), 2.340 formavam no ramo de serviços e o restante se dedicava às atividades comerciais.

O Quadro de distribuição da população economicamente ativa com mais de 10 anos trabalhando em Nova Iguaçu apresentava-se, em 1970, da seguinte forma:

T A B E L A I V

Setor Primário	5.154	17%
Setor Secundário	9.369	33%
Setor Terciário	14.084	50%
T O T A L	28.607	100%

Educação:

Era precário, em 1970, o atendimento educacional, havendo 60.000 crianças impossibilitadas de estudar por falta de vagas.

Apresenta-se da seguinte forma a distribuição dos moradores com mais de 10 anos, de acordo com a escolarização.

T A B E L A V

ESCOLARIZAÇÃO	SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL %
Elementar		71.458	56.809	81,76
1º Ciclo Médio		11.764	7.896	12,53
2º Ciclo Médio		3.777	4.103	5,02
Superior		884	176	0,67
T O T A L		87.883	68.984	100

Esses números indicam que apenas 22% da população local (156.867) em um total de 724.140) apresentavam algum nível escolar.

Nessa mesma época, havia 48 escolas de ensino pré-escolar, atendendo 2.351 crianças. Destas apenas 436 estavam matriculadas no ensino público, encontrando-se o restante na área privada.

No 1º grau (antigo ginásio), 119 das 310 escolas existentes pertenciam à rede particular, atendendo 28,6% dos estudantes desse nível.

No 2º grau (colegial), a rede particular contava com 27 dos 29 estabelecimentos, com um total de 93,1% dos estudantes.

Saúde e Infraestrutura:

Em termos de serviços existentes em 1970, temos:

- Posto médico - 05
- Maternidade - 13
- Hospital ou casa de saúde - 20
- Pronto Socorro - 02

O número de leitos por 1000 habitantes era de 1%, situando-se bastante aquém do recomendado pela ONU que é 4 a 5 leitos por 1000.

Nas Tabelas 6 e 7 encontram-se os dados referentes a recursos humanos em saúde e consultórios por especialidade.

Quanto a equipamentos urbanos de água e esgoto, apresenta o município, para um número de 138.960 edificações em 1970, ... 68.568 servidos por água e 56.366 servidos por esgoto. No que diz respeito à energia elétrica, a rede atendia-se a 129.399 unidades, ou seja, 68,11% do total das edificações existentes em Nova Iguaçu.

c) Experiência Associativa e Participativa

Não é nosso propósito e nem está ao nosso alcance um levantamento global da tradição político-associativa do povo de Nova Iguaçu. Procuramos, isto sim, levantar algumas pistas referentes ao passado recente daquela população em relação à sua participação e experiência associativa tipicamente urbana.

Por intermédio de entrevistas informais com informantes locais, constatou-se o seguinte em termos de atividade associativa:

- clube de mães -- incentivados e coordenados pela diocese de Nova Iguaçu. São agrupamentos femininos, em geral tendo como ponto de referência a Igreja Católica (paróquias, igrejas e capelas locais). Suas atividades são as mais variadas, dependendo do agrupamento.

Há atualmente mais de 60 (sessenta) grupos de mães com atividades que vão desde simples reuniões sociais ou de aprendizado (crochê, costura, etc...) até atividades mais educativas, de participação, como por exemplo, reivindicações por melhorias para o bairro. A sistemática de trabalho dos grupos também é variada. Há os que mantêm encontros periódicos com programação feita e cumprida e há, no outro pólo, os que raramente se reúnem, arrastando-se na permanente tentativa de estabilização. Entre esses dois pólos, está a parcela mais representativa da realidade dos clubes.

O papel de coordenação a nível municipal (diocesano) dos clubes de mães está a cargo da diocese de Nova Iguaçu. Essa fun-

ção é desenvolvida por religiosos e leigos ligados ao trabalho da pastoral e apresenta uma série de dificuldades, dada a heterogeneidade de atividades, propósitos e dinâmicas dos vários grupos.

- Grupo de Amigos do Bairro - constituídos mais recentemente, essa experiência consiste em reunir os moradores dos bairros (homens e mulheres). Além de possibilitar uma maior convivência social e cultural, visa explicitamente a conquista de melhorias para o bairro.

Os grupos do bairro desenvolvem, no plano sócio-cultural, atividades tais como festas, encontros de reflexão bíblica, etc... No plano propriamente da melhoria das condições do bairro, duas formas básicas, tradicionais nesse tipo de associação, estão articuladas: mutirões e reivindicações à prefeitura, através, por exemplo, de abaixo-assinados.

A articulação dos grupos nesse nível já é mais substantiva. Periódica e sistematicamente, os grupos de amigos do Bairro se reúnem para troca de informações, experiências e reflexões voltadas para sua problemática.

Nos encontros participam uma média de 15 grupos com uma composição variada. Há grupos sempre presentes e outros que comparecem de forma irregular.

Os grupos amigos de bairro, hoje em atividade, foram criados recentemente, sendo que boa parte teve origem a partir de atividades de saúde. Estas se desenvolvem em ambulatórios de paróquias, funcionando em estreita vinculação com o setor saúde da Caritas Diocesana de Nova Iguaçu, ao qual pertencem os coordenadores diocesanos dos grupos de amigos do Bairro.

À medida em que os ambulatórios foram se constituindo, enquanto núcleo de atividade comunitária (medicina comunitária), os grupos foram se fortalecendo e adotando dinâmicas que ultrapassaram aquelas próprias do atendimento médico.

A articulação dos problemas de saúde com a qualidade de vida do bairro foi o passo decisivo no sentido da formação de núcleos que se organizam em função de uma problemática mais ampla do que o simples atendimento médico.

Mais adiante, na apresentação da participação comunitária em Tinguazinho, voltaremos a nos referir mais detalhadamente a essa experiência.

- Centros Pró-Melhoramentos - a década de 60 é marcada pela disseminação de um tipo de associação bastante diferente das que hoje existem.

São os centros pró-melhoramentos do bairro. Esses centros, diferentemente das instituições de hoje, eram legalizados, com registro em Cartório, personalidade jurídica e uma aproximação bastante evidente com o Estado.

Fechados no período de mudança política do regime brasileiro (64 e 68), esses centros existem hoje apenas na lembrança de alguns de seus ex-participantes. Lembrança que se faz, antes de mais nada, com a presença do medo, em virtude dos modos e motivos pelos quais foram fechados.

Na história desses Centros na década de 60, dois momentos se apresentam de forma clara: antes e depois de 64.

No primeiro momento temos uma associação que se caracterizava pela mobilização de seus membros em ações reivindicativas por melhorias, através de abaixo-assinados. Havia a participação de esquemas partidários (basicamente do PTB), sendo intermediadas na sua relação com o Estado por cabos eleitorais e políticos.

Algumas notícias de jornais da época dão a medida aproximada da situação:

... "moradores do Parque Santiago e Morro da Moenda reivindicaram linha de ônibus".

... "milhares de funcionários e trabalhadores de Austin e Comendador Soares articulam mobilização visando reivindicar a João Goulart estação em Austin".

... "centenas de moradores do Parque Estoril reivindicam pavimentação..." (Correio da Semana 28.03.64).

Num segundo momento (a partir de 64), essas associações entram em recesso quase que total. É bastante significativo o fato de que o periódico citado (Correio da Semana), noticiador dos Cen-

tros pró-Melhoramentos no período de maio de abril de 64, tenha ficado mais de um ano sem dar notícias sobre os mesmos.

No "Correio da Semana" de 10.07.65 reaparece o noticiário das associações:

"Centro pró-Melhoramentos do Bairro Primavera e adjacências agradece Prefeito por obras realizadas".

A julgar por uma relativa aproximação do noticiário do jornal com a realidade, nota-se da parte dos centros uma evidente mudança de comportamento em relação ao período anterior.

Segundo indicações dadas por informantes locais, fechamento dos Centros de Austin e de outros bairros foi feito através de ação policial ostensiva, devido à denúncia de corrupção e subversão. Hoje não há na região mais nenhum Centro pró-Melhoramentos, apesar de haver existido em quase todos os bairros da cidade.

Esses fatos podem explicar o receio e a descrença que hoje se observa entre os moradores quando é proposta a constituição de associações para uma participação na vida pública.

TABELA 6

CONSULTÓRIOS POR ESPECIALIDADE, SETOR E DISTRITOS NO
MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇÚ - 1974

	Nº DE CONSULTÓRIOS SETOR PÚBLICO								Nº DE CONSULTÓRIOS SETOR PRIVADO *								TOTAL
	CL. GERAL	PEDIATRIA	PRÉ-NATAL	TISILOGIA	DERMATOLOGIA	ODONTOLOGIA	OUTROS	SUB TOTAL	CLÍNICA GERAL	PEDIATRIA	PRÉ-NATAL	TISILOGIA	DERMATOLOGIA	ODONTOLOGIA	OUTROS	SUB TOTAL	
1º DISTRITO	35	7	1	5	3	6	7	64	9	7	4	-	-	1	11	32	96
2º DISTRITO	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	-	-	-	-	1	4	11
3º DISTRITO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4º DISTRITO	1	-	-	-	-	1	-	2	2	2	3	-	-	-	-	7	9
5º DISTRITO	2	-	-	1	-	1	-	4	4	-	2	-	-	2	1	9	13
6º DISTRITO	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	40	8	2	7	4	9	8	78	17	10	9	-	-	3	13	52	130

NOTA: - OBS.: *NÃO FOI CONSIDERADA A CASA DE SAÚDE DR. L.C. MANHÃES por falta de dados.

TABELA 7

RECURSOS HUMANOS POR DISTRITO, CATEGORIA E SETOR NO
Município de Nova Iguaçu - 1972

	1º DISTRITO		2º DISTRITO		3º DISTRITO		4º DISTRITO		5º DISTRITO		6º DISTRITO		T O T A L	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
MÉDICO.....	239	154	7	4	--	--	3	16	7	15	2	--	258	189
ODONTISTA.....	34	--	2	--	--	--	1	--	2	--	--	--	39	--
ENFERMEIRA.....	6	8	1	--	--	--	--	--	1	--	--	--	8	8
OUTROS DE N.SUPERIOR..	5	15	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	6	15
TÉCNICO RAIOS X.....	1	4	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	1	5
TÉCNICO LABORATÓRIO...	5	--	1	--	--	--	--	--	--	1	--	--	6	1
TÉCNICO ENFERMAGEM....	30	10	--	--	--	--	--	1	1	--	--	--	31	11
AUX. ENFERMAGEM.....	24	10	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	24	10
AUX. SANEAMENTO.....	5	5	13	--	--	--	--	--	5	--	6	--	29	5
AUX. LABORATÓRIO.....	5	1	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	1
ATENDENTE.....	108	233	14	7	--	--	5	15	14	34	--	--	141	29
PESSOAL ADMINISTRATIVO	51	107	5	4	--	--	1	9	9	15	--	--	66	135
OUTROS.....	244	282	10	15	--	--	4	33	11	28	2	--	272	358
T O T A L	757	829	55	30	--	--	14	74	51	94	11	--	888	1 027

FONTE: F S E S P - Dados trabalhados pela equipe

OBS: Não computado Casa de Saúde e Maternidade Dr. J. C. Manhães por falta de dados.

4. Programa Austin - Descrição

a) Posto de Saúde

O Posto funciona em prédio novo e possui as seguintes instalações:

- Sala de Administração (Coordenador do Programa)
- Sala de Arquivo
- Sala de Preparo
- 4 Consultórios, (3 Médicos e 1 Dentário)
- Sala de Imunizações, Injeções e Curativos
- Sala de Suplementação Alimentar
- Sala de Distribuição de Medicamentos
- Almoxarifado
- Laboratório

Pessoal ocupado:

- Coordenador do Programa - Médico-Chefe do Posto
- 4 Médicos
 - 2 Clínicos c/horário integral
 - 1 Clínico c/3 vezes por semana
 - 1 Obstetra c/3 vezes por semana
- 1 Dentista
- 9 Auxiliares de Saúde
- 6 Funcionários Administrativos e de Limpeza

O Coordenador, Pessoal Médico e Dentista foram selecionados pelo Instituto de Medicina Social e os Auxiliares de Serviços Médicos e Funcionários, pela Secretaria Estadual de Saúde.

A equipe se reúne mensalmente no próprio posto de Saúde, realizando discussões para a avaliação e organização das suas atividades.

Dentre as atividades médicas desenvolvidas pelo Posto de Saúde, são consideradas essenciais as seguintes:

- Assistência Médico-Familtária - Gestante
- Assistência Médico-Familtária - Amamenta

- Assistência Médico-Sanitária a Adolescentes e Adultos
- Controle das Doenças Transmissíveis
- Coleta de Dados Vitais

b) Mini-Postos

Ambos os Mini-Postos (Vila Guimarães e Tinguazinho) estão estabelecidos em dependências de Igrejas Locais. Em Tinguazinho, a capela onde funciona o Mini-Posto foi construída pela própria população local.

Em cada Mini-Posto trabalham 3 auxiliares de saúde. Esses auxiliares são moradores da própria região e foram recrutados e selecionados pela Equipe Médica no Posto, de acordo com critérios referentes à capacidade para o trabalho em saúde e liderança comunitária. Algumas atividades e contatos iniciais na comunidade permitiram detectar esses elementos. Do grupo inicialmente recrutado, depois de um período de treinamento de 2 meses a cargo da Equipe Médica do Posto, foram selecionados 3 elementos para cada Mini-Posto.

Juntamente com os auxiliares de saúde, em cada Mini-Posto, gira em torno de 300 a 400 domicílios. São desenvolvidas as seguintes atividades: Imunizações, Consultas Pré-Natal, Consultas de Puericultura, Primeiros Cuidados, Injeções e Curativos, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Nutricional, Supervisão de Parturientes Leigas, Registro de Nascimento e Óbito e Educação para Saúde.

c) Participação Comunitária

Do texto do projeto do I.M.S. destaca-se a consideração de que a participação da comunidade é importante no sentido de buscar o êxito nas ações de saúde, principalmente as de natureza preventiva. Considera, também, que "não está, todavia, muito claro como alcançar esta participação de maneira continuada e ativa". (pg. 49).

c.1) Posto de Saúde

São propostos 2 tipos de atividades centradas nos problemas e na busca de participação da comunidade:

Círculo de Gestantes: "onde se possa promover tanto a disseminação de informações sobre a Gestação e o Parto e a criação de crianças como também levar as futuras mães a buscar as formas adequadas para o desenvolvimento de práticas sanitárias adequadas, na sua família e de seus vizinhos". (pg. 49).

Foi tentada a montagem de um círculo de Gestantes a partir do contato com uma parteira que mora no local. Sendo ela bastante conhecida e respeitada na região, a criação do Grupo foi relativamente fácil. A continuidade, porém, foi precária e atualmente está desarticulada.

Reunião de Moradores: "visa levantar principais problemas de saúde local e a busca conjunta entre os profissionais do Posto e moradores de soluções para esses problemas". (pg. 49).

A partir de alguns contatos com moradores, para os quais colaborou o círculo de Gestantes, formou-se um curso de alfabetização, ligado ao MOBREAL, com professores moradores na região. Foi uma tentativa de iniciar uma atividade não diretamente ligada à saúde, em torno de um problema bastante sentido na região que é o da Educação.

Das 3 turmas iniciais, apenas uma se manteve até julho/77. Tratava-se de uma turma de crianças que funcionava no período da tarde. Havia uma turma de adultos, à noite, que funcionava irregularmente, pois a maioria dos alunos ou tinha dificuldade de chegar no horário, visto que vinha do trabalho, ou chegava em tempo mas com muito cansaço. O Curso funcionou numa sala cedida pelo Posto de Saúde e seguia as normas do MOBREAL, acabando completamente em poucas semanas.

As atividades comunitárias na região do Posto de Saúde não foram mais retomadas, ficando limitadas a Tinguazinho e V. Guimarães.

c.2) Mini-Posto de Vila Guimarães

Foram realizadas algumas reuniões, convocadas a partir da escola local, para a discussão de problemas do bairro. Das discussões iniciais, surgiu a idéia de organizar um abaixo-assinado dos

moradores à Prefeitura sobre a possibilidade de reivindicar melhorias para o bairro. Essas atividades tiveram inicialmente sua continuidade comprometida, não obstante seu rápido desenvolvimento inicial, em função do baixo nível de coesão e iniciativa dos participantes.

Foi muito difícil desdobrar e mesmo manter o processo de Flagrado. Por um lado, observou-se no grupo atitudes passivas que se manifestaram pelo procedimento de aguardar iniciativas que partissem do pessoal do Posto, o que ainda se poderia explicar pela inexperiência associativa local: a região não dispõe de nenhum tipo de associação desde há 10 anos.

Por outro lado, alguns problemas vêm ocorrendo no relacionamento entre os auxiliares de saúde, particularmente entre um deles, e parte da população atingida pelo trabalho. Trata-se de uma pessoa com características sócio-econômicas superiores à média da população e que tem manifestado condutas autoritárias em relação aos moradores que frequentam o Posto, mantendo expectativas de chefia em relação aos outros dois auxiliares de saúde.

Foram inicialmente atribuídas a esses fatos as dificuldades que vinham ocorrendo no desenvolvimento do trabalho. Julgamos conveniente lembrar que o trabalho, ainda por sua própria natureza, tinha somente alguns meses de duração, e era, portanto, cedo para que, a partir de dados incipientes, já se definisse uma tendência.

Dadas as dificuldades de se atingir um nível de participação mínimo, mantendo-se a população à margem das propostas de organização e reivindicação, o trabalho ficou relativamente abandonado pelo pessoal do Posto.

Passados alguns meses, o abaixo-assinado que havia sido feito nos primórdios da tentativa de constituição do Grupo parece ter tido efeito. A iluminação pedida pelos moradores através do abaixo-assinado foi instalada meses depois.

Juntamente com a surpresa da população, verificou-se um momento de reativação do processo de aglutinação, que teve como local natural de referência o Mini-Posto. Os moradores fizeram uma proposta de retomada das reuniões para a qual houve continuidade aos pedidos de melhoria, pois "tinha que fazer alguma coisa pra ser feito no bairro".

Tendo sido ou não resultado do trabalho realizado, o fato é que para os moradores essa versão ficou sendo a verdadeira, o que ajudou a sedimentar uma perspectiva de atuação reivindicativa. Por outro lado, tendo sido rápido, desorganizado e com pouca participação (apenas um Grupo reduzido levou à frente o trabalho), o processo não colocou a importância da organização e união do pessoal. Nas propostas seguintes, feitas no decorrer do processo retomado, a tônica girava em torno da formação de um pequeno grupo que deveria recolher assinaturas nas casas e levá-las em texto à Prefeitura, aparecendo vez ou outra para saber do orçamento.

De todo modo, um pequeno Grupo se constituiu nesse processo. O que se pretende é a sua consolidação enquanto Grupo de Bairro que, paralelamente a atividades internas de reflexão, promova ações que visem alcançar maior participação da comunidade.

c.3) Mini-Posto de Tinguazinho

É o Mini-Posto mais recente, cujas atividades iniciaram-se em fins de junho, apresentando as melhores expectativas em termos de participação comunitária.

A partir do Mini-Posto e da Escola Pública local foi convocada uma reunião para tratar de questões do bairro. À reunião compareceu um bom número de moradores, alguns já com experiência associativa por participarem de um "Grupo de Igreja" e de um Clube de Futebol. O "Grupo de Igreja" construiu e frequenta a mesma capela onde está instalado o Mini-Posto.

Já nos primeiros encontros realizados surgiu a idéia de organizar um "Grupo de amigos do bairro", reunindo os moradores e instituições: Mini-Posto, Escola, Clubes de Futebol e o Grupo da Igreja. A idéia do "Grupo de Amigos do Bairro" é, em certo sentido, influenciada por uma experiência de outros bairros de Nova Iguaçu, onde existem essas associações e com as quais alguns dos moradores presentes à reunião já haviam tomado contato.

Nesses encontros ficou clara a necessidade de fortalecimento das várias associações através da divulgação de suas atividades. Foi também enfatizada a importância de conhecer melhor as atividades dos "Grupos de Amigos de Bairro" existentes em outras

áreas de Nova Iguaçu e de assegurar a regularidade das reuniões destinadas a tratar de assuntos de interesse do bairro.

Os moradores sócios do "Grupo Amigo do Bairro" são portadores de uma carteirinha e devem contribuir com mensalidades.

Algumas melhorias foram realizadas sob forma de mutirão. A iniciativa mais importante foi a instalação de um transformador comprado com o dinheiro da população e instalado depois de um pequeno e significativo incidente, que revelou duas formas, ou duas linhas, de condução do trabalho comunitário. No interior do Grupo havia duas propostas para a instalação do material. A primeira considerava que a instalação deveria ser feita pela Prefeitura, pois esta era a sua obrigação, cabendo portanto à população encaminhar um pedido nesse sentido. Os defensores dessa linha lembravam que a compra da máquina, que deveria também ser tarefa da Prefeitura, já havia sido cumprida pelos moradores. A outra proposta considerava que a população, assim como o havia comprado, deveria prover a instalação do material, colaborando com a Prefeitura. Enquanto a questão não era resolvida, o pessoal que defendia a segunda idéia acionou um vereador conhecido para que obtivesse do governo a instalação. Dessa forma, se pouparia os próprios recursos e se evitaria "incomodar" a Prefeitura com reivindicações.

Do ponto de vista do vereador, essa idéia era interessante, na medida em que lhe permitiria aumentar sua influência na região. O caso permaneceu algum tempo sem solução, fracassando o vereador na obtenção do "favor" da Prefeitura. Foi, por fim, encerrado com a instalação do transformador por um funcionário municipal que, ao tomar conhecimento da questão, ao que parece por acaso, propôs-se a fazer o serviço necessário para isso uma "propina" dos moradores.

A prática de "tinguazinho" e, particularmente, esse último episódio relatado vem fortalecendo no grupo local a noção de trabalho sob a forma de mutirão e a partir da utilização de recursos próprios. Essa concepção se fortalece à medida que as atividades alcançam êxito, isto é, resultam em melhorias concretas para o bairro.

No plano da organização, há que assinalar a realidade por meio da qual se dá a participação dos moradores. Constituído o

"Grupo de Amigos do Bairro", cada círculo (Escola, Grupo de Igreja, Clube de Futebol e Ambulatório) enviou um representante para a composição da "diretoria", elegendo-se entre eles um Presidente. O pequeno número de participantes da "diretoria" faz com que ela seja operacional, capaz de tomar decisões rápidas. Ela constitui apenas um núcleo de deliberação, ficando a execução a cargo de um grupo mais amplo que tem nesse nível de realização sua participação. Na verdade, não há, em termos amplos, decisões por parte dos moradores. Portanto, apesar da capacidade empreendedora do Grupo, não há na sua dinâmica um processo que configure participação democrática, pois as decisões permanecem a um nível restrito de 4 pessoas ou pouco mais que isso.

5. Participação Popular: Alguns pontos para discussão

a) A Medicina e Outras Atividades Comunitárias

A atividade comunitária desenvolvida pelo programa AUSTIN, diferentemente dos moldes mais comuns em que é praticada a Medicina Comunitária, não se utiliza necessariamente de instrumentos ou de ações ligados ao setor saúde.

Como foi mencionado anteriormente, a população se reúne para tratar de "seus problemas", sendo proposital o tom genérico da abordagem aos "seus problemas". Pretende-se, dessa forma, evitar a imposição de uma dinâmica comunitária referida exclusivamente à saúde.

Essa preocupação do pessoal técnico se explica, de um lado, pela noção de que, ao entrar em contato com a população (em geral de nível sócio-econômico inferior e marcada por uma postura de submissão ao técnico de saúde, particularmente o médico), a relação estabelecida seria desigual, se não como consequência do procedimento dos próprios técnicos, certamente pela conduta submissa da população.

Tratar, portanto, da questão saúde enquanto apenas um dos problemas da comunidade é uma forma que visa, não resolver, mas neutralizar as tendências autoritárias ou submissas do processo de relacionamento pessoal técnico - população, decorrentes das desigualdades nos níveis político, econômico e cultural. Infere-se dessa

lógica uma tendência ao crescimento da capacidade criativa da população. À medida que a margem de sua participação se amplia, criam-se melhores condições para o surgimento de procedimentos decisórios no plano do planejamento e exercício das ações.

Por outro lado, adotando-se processos flexíveis, procura-se evitar o risco de insucesso com um tipo de prática impositiva. No interior de uma comunidade, nem sempre o problema principal, ou mesmo o mais sentido pela população, está ligado à questão saúde. Deve-se ter em conta que a busca da participação popular está na razão direta da capacidade que tenha o trabalho de envolver e atingir, dentre o conjunto de problemas, aqueles que mais sensibilizam a população.

Um processo de participação no âmbito comunitário, desde que assentado em bases democráticas e articulado a problemas sentidos pela comunidade, tende, naturalmente, à generalização.

A população passaria a ver os seus problemas como parte de um todo e não isoladamente. Do mesmo modo, perceberia a comunidade local como componente de um todo, como parte da comunidade global.

A abertura dessa campo de percepção é indispensável para uma participação consciente, isto é, que não se limite apenas a "ajudar os doutores", mas que alcance níveis de decisão e planejamento. O grau de apreensão desse tipo de percepção é desigual, mas nem por isso inexistente nos mais variados níveis de participação comunitária.

O que essa prática sugere é que um trabalho comunitário amplo deve comportar ações em torno de vários problemas. Saúde pode ser um deles. A participação deve apoiar-se em interesses coletivos, evitando formas paternalistas, próprias do assistencialismo, bem como o estímulo a interesses e práticas individuais.

Deflagrado um processo de organização e mobilização comunitária, criam-se condições indispensáveis para uma participação ativa e consciente. Ao aparato médico, tendo em vista os problemas de saúde local, cabe procurar introduzir, no interior dessa dinâmica, propostas que visem a implementação de ações de saúde.

A experiência de Austin demonstra ainda que uma linha se aproxima mais do sucesso à medida em que se eleva, na comunidade local, o nível da experiência associativa, ou seja, quando já existe uma dinâmica comunitária. As diferenças, traduzidas pelas dificuldades do trabalho em Vila Guimarães e pelo relativo sucesso em Tinguazinho, atestam essa afirmação. De qualquer forma, esse é um ponto que precisa ser mais aprofundado a partir de resultados práticos. A experiência dos Mini-Postos ainda é muito recente.

b) Participação Popular e Aparato Físico

Para aqueles que se propõem a desenvolver um programa comunitário e entendem que a participação comunitária implica decisão e execução em todos os meios do trabalho, algumas precauções devem ser tomadas com respeito não só ao conteúdo mas também com relação aos meios propostos.

Concretamente, Austin apresenta uma situação em que, nitidamente, se apresenta uma diferenciação entre o trabalho desenvolvido no Posto e o que é desenvolvido nos Mini-Postos.

Sem querer negar a existência de todo um complexo de causas que determina a realidade de um processo comunitário, seria pertinente enunciar a questão referente ao aparato físico no interior (ou a partir) do qual se organiza parte das ações de cunho comunitário.

Fisicamente, o centro de referência do trabalho comunitário na "jurisdição" do Posto de Saúde é o próprio Posto. Pelas suas características, porém, (prédio de dimensões e qualidade de material superiores ao padrão local, propriedade governamental funcionando a partir de normas típicas de uma repartição pública), o posto tende a inibir a participação popular no trabalho.

Em Vila Guimarães e Tinguazinho, onde as instalações são mais simples, funcionando em locais de uso consagrado pela presença da população (em Tinguazinho, a capela onde funciona o Mini-Posto foi construída pela própria população), o acesso público é mais flexível. É comum a frequência a uma igreja ("casa de Deus" ou "casa do povo"); não é, todavia, comum a frequência a uma repartição pública ("casa do governo"). As normas vigentes no interior

de uma igreja podem ser tão ou mais austeras do que aquelas que vigoram em uma repartição pública. Porém, nas condições atuais, é mais natural para o povo incorporar (e até criar) ritos típicos dos templos religiosos do que os ritos próprios dos "templos governamentais".

Não tencionamos, com essa argumentação, negar a possibilidade de o Posto vir a se transformar num próprio público, controlado também pela população.

Consideramos, no entanto, interessante aprofundar essas questões visando delimitar, com meios precisos, as dificuldades impostas pelas características do posto de saúde, bem como estabelecer hipóteses que possam se transformar em possíveis soluções para essas limitações.

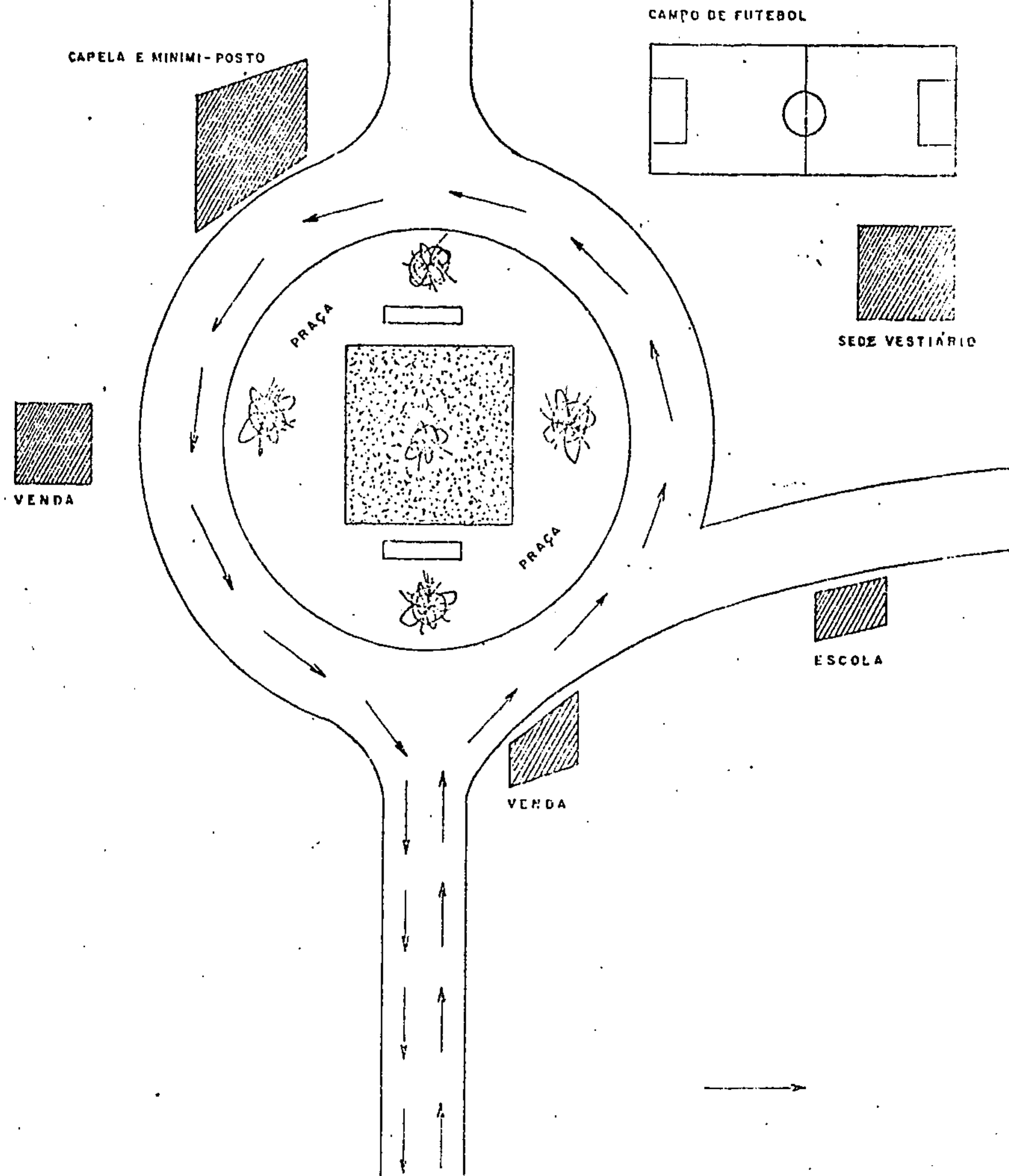
c) Participação Popular e Espaço Físico

Uma das características marcantes do trabalho desenvolvido em Tinguazinho é, sem dúvida, a capacidade empreendedora da "diretoria" que encabeça o "grupo de amigos do bairro" e, dentro disso, sua estreita relação com boa parte da população local, o que lhe permite mobilizá-la ao definir iniciativas.

Consideramos que, dentre os fatores responsáveis por isso a organização do espaço físico em Tinguazinho tem um papel de destaque, pois aglutina naturalmente os moradores em torno de locais específicos. Essa aglutinação se dá, em condições de descontração e lazer.

Concretamente nos referimos a uma praça no interior do bairro. Nessa praça está a capela, onde funciona o Mini-Posto. Está a Escola Pública local. Estão as duas vendas e o campo de futebol, com a sede (vestiário) do clube. Em pequenas ruas que partem da praça estão espalhadas as residências dos moradores do bairro. (Veja Mapa). É também na praça que os ônibus da única linha do bairro fazem ponto final, contornando-a, em seguida e tomando o caminho de volta.

Não é difícil perceber que essa praça é o centro de convergência local. Nela, os moradores fazem naturalmente sua vida



social, cultural e recreativa. É ponto obrigatório de bate-papo na volta do trabalho. Para ela convergem no fim de semana os frequentadores da igreja, do futebol ou do bar.

Nessas condições de aglutinação natural, o trabalho comunitário torna-se mais fácil. Cabe, por outro lado, uma ressalva importante. Observa-se, principalmente na literatura mais vinculada a teorias urbanísticas, uma forte tendência a perceber a organização espacial como condição fundamental para uma boa ou má constituição da vida comunitária.

Sem dúvida, Tinguazinho é, a nosso ver, um exemplo do importante papel desempenhado por esse elemento na organização da vida comunitária. Está longe, porém, de se constituir num elemento fundamental para uma vida comunitária em termos democráticos. Contribui para um tipo de vida comunitária dinâmica, no sentido dos empreendimentos que propicia pela facilidade de aglutinação e comunicação entre os indivíduos.

A própria natureza da participação popular no interior do bairro, com poucos decidindo e muitos executando, demonstra o caráter pouco democrático do processo. Voltaremos a analisar este ponto no próximo item. Insistimos aqui apenas na questão da abrangência da teoria da organização espacial como fator de participação, o que, a nosso ver, tem seus limites fixados justamente no plano da aglutinação e comunicação, pois no tocante à natureza (conteúdo participativo) do processo, é pouco relevante. A natureza democrática ou autoritária do processo depende de outros fatores. A nosso ver, Tinguazinho ilustra um processo autoritário, o que tentaremos demonstrar no próximo ponto.

d) Vila Guimarães e Tinguazinho: Legitimidade e Participação

Tinguazinho e Vila Guimarães são duas experiências totalmente diversas. Ambas colocam, com resultados distintos, dois modos particulares de procedimento e processo comunitário.

Tinguazinho representa uma experiência repleta de acontecimentos no plano da comunidade, com um grupo empreendedor que se coloca, por delegação, acima da comunidade e delibera em seu benefício. Como retorno, obtém o reconhecimento de uma liderança que se expressa pela confiança e pela "participação" nas ações por ela propostas.

Consideramos que esse "modelo" reproduz uma perspectiva elitista, típica de sociedades autoritárias, configurando uma concepção anti-democrática da prática comunitária.

Não há, na verdade, por parte da população, uma participação efetivamente democrática que consiste em ter acesso às decisões, ao planejamento das ações, às definições dos propósitos e da linha do trabalho.

O "modelo" interno de participação é, assim, tipicamente paternalista e corresponde ao nível de expectativa e consciência do padrão médio da população, com a agravante de o estar reproduzindo.

Vila Guimarães, por outro lado, representa uma experiência pobre em acontecimentos. Não há uma dinâmica de participação, nem sequer à nível de Grupo. Não há Grupo. Não há experiência associativa. As expectativas se colocam em torno da presença de uma figura (o médico) que, graças a seu prestígio, possa resolver, aos poucos, os problemas do bairro.

Também nesse caso, estamos diante de uma situação de expectativas paternalistas. Para os moradores, o que legitima as suas reuniões e o que explica o sucesso do abaixo-assinado é a presença de elementos que dispõem de uma capacidade superior. Não é a união e a capacidade dos moradores. Tampouco se pode considerar o processo reivindicativo como consciência de justiça ou de luta pelos direitos, pois não vem acompanhado de organização ou procedimentos de pressão. Na verdade, traduz mais a expectativa de que o governo "resolva a situação dos pobres".

Há, nesse caso, um traço comum entre Vila Guimarães e Tinguazinho marcado pela submissão e pela crença de que só "os de cima" resolvem. Isso não resulta, evidentemente, de uma consciência do poder de classe, mas sim do poder dos que "sabem mais". Implica também a aceitação de uma realidade autoritária e elitista. Em Tinguazinho é o caso de um Grupo destacado, capaz de empreender e com "contactos salvadores": um vereador ou funcionário público. Em Vila Guimarães é um médico e algumas pessoas em condições de correr um abaixo-assinado.

Em ambos os casos, com resultados distintos e por meios específicos, se apresentam experiências com traços marcadamente eli-

tistas e paternalistas, portanto não democráticos. Em ambos os casos a participação popular vai a reboque da atuação de um Grupo ou da capacidade superior de alguns indivíduos.

É justamente essa suposta capacidade e, principalmente, os seus resultados práticos, as melhorias, que legitima o trabalho e o acompanhamento do processo. Não há uma legitimidade decorrente da participação, da socialização do mando no planejamento das ações e na definição dos objetivos. Logicamente, sendo mais eficaz e empreendedora em Tinguazinho do que em Vila Guimarães, lá a liderança detém maior legitimidade e maior autoridade, e é neste caso também que a falsa noção de participação se apresenta mais saliente, configurando-se aos olhos dos mais desavisados ou menos criteriosos como exemplo padrão de participação comunitária.

e) A experiência Associativa e sua Importância: Três Tipos

No que diz respeito à tradição associativa, pelo menos no passado mais recente, nas regiões de Austin onde funcionam os postos, se apresentam três tipos distintos que, por suas características particulares, influem de modo específico na realidade local.

No caso do Posto de Saúde, próximo ao centro do bairro, a história registra a existência, até a década de 60, de uma associação de moradores (Centro pró-Melhoramentos), com atuação ampla na defesa dos interesses do bairro através, por exemplo, de mobilizações. (Ver item 3 deste relatório).

O brusco fechamento dessa associação significou para os seus participantes e mesmo para aqueles que só acompanhavam seu funcionamento, um processo traumático que até hoje repercute. Essa repercussão está materializada principalmente no medo que sentem os seus remanescentes de retomar qualquer tipo de organismo semelhante ao que outrora foi punido com fechamento, prisão e denúncia de subversão e corrupção.

Naturalmente, não interessa para efeito desta análise julgar a justiça ou não daqueles episódios. Importa, isto sim, localizar a sua repercussão na configuração presente. A nosso ver, a lembrança desses acontecimentos explica, em boa parte, a dificuldade

de existente hoje no sentido de se encaminhar nessa região o trabalho com participação popular sistemática e dinâmica.

Caso distante é o de Vila Guimarães onde não existiram no passado recente nem existem no presente formas (espontâneas ou não) de associação. As dificuldades apresentadas no decorrer do processo deveriam ser debatidas na conta desse tipo de tradição, ao menos em parte. O processo através do qual se desenvolveu o trabalho que resultou no abaixo-assinado à Prefeitura é marcado pela desorganização e pela ausência de uma definição de grupo. Dadas as condições existentes, qualquer forma de organização que venha a ser alcançada pelos moradores, mesmo sendo o caso de um grupo um pouco mais voluntarioso, poderá significar um avanço.

Tinguazinho é o terceiro tipo. Não possui experiência associativa em passado recente, mas apresenta formas espontâneas de grupalização no presente, o que o distingue dos outros dois bairros.

Não há que iniciar ou reiniciar um processo de grupalização com todas as dificuldades e incertezas a ele inerentes. O trabalho consiste antes em fortalecer os processos já em vigor e propor, a partir da realidade, modos concretos de articulação entre as várias formas, de modo a se caminhar para uma generalização. Implica ainda na introdução de elementos de reflexão crítica do trabalho, tendo em vista dinamizar os processos participativos, socializando os mecanismos de decisão.

Na experiência de Tinguazinho há que assinalar a forte tendência à auto-suficiência. É pouco dizer que a linha de mutirão adotada no trabalho é resultado da visão de alguns indivíduos com experiência no trabalho. Uma hipótese bastante lógica é que ela resultaria, na verdade, de um processo espontâneo de trabalho, em que os moradores, por conta de seu isolamento e da incapacidade do Estado em atender as suas demandas, tentam suprir suas necessidades com seus próprios recursos. Uma vez que esse processo vem, aparentemente, dando resultado, não há porque não continuar com ele, ainda mais quando, através de conhecimentos pessoais, o mutirão pode ser completado com uma ajuda do governo. Há, no entanto, três problemas básicos: 1º - o planejamento das ações e, portanto, sua escolha e apropriação são restritos; 2º - os processos de atendi-

mento dos pedidos não se fazem sem obstáculos burocráticos e em regime de troca de favores (votos, etc...); 39 - as obras de mutirão são realizadas com recursos já escassos de uma população com baixo poder aquisitivo cumprindo uma função que caberia ao Estado realizar.

6. Conclusões

Tomando-se por base um conceito de participação que implique decisão, planejamento e execução, em síntese, todos os níveis do processo de realização de um evento, a conclusão a ser tirada das experiências estudadas é a de que as mesmas estão situadas num plano aquém daquele proposto pelo conceito. Nesse sentido, para efeito de conclusão, importa indicar os termos em que um trabalho de Medicina Comunitária pode contribuir para o alcance de um tipo de participação que dele se aproxime.

É importante, nesse caso, considerar a tradição assistencialista da relação Povo, Estado e Igreja. Essa tradição está presente na relação agente (médico, auxiliar, etc...) e população e se manifesta, de forma geral, pela expectativa por parte da população de que o agente resolva os seus problemas, seja no plano da doação imediata, do uso do seu prestígio junto às fontes de poder e decisão ou ainda através da indicação do "caminho salvador" para os males existentes.

A esse tipo de expectativa em relação aos agentes sociais se acrescenta, no caso do profissional de saúde, a influência própria da função que exerce, tipicamente assistencial: assistência médica. Dessa forma, no momento em que o profissional de saúde passa a se preocupar com o cotidiano da vida do bairro, ele se legitima junto à população com base em sua autoridade de doutor, ou seja, de figura que sabe mais e que tem a devida autoridade para se fazer respeitar dentro e fora do bairro.

No que diz respeito à conduta da população em relação ao agente, dois planos são perceptíveis:

- Crença na sua autoridade: o que ele propõe é sempre certo e é sempre ele que pode resolver os problemas. As consequências são, nesse caso, desvalorização da capacidade de atuação do Grupo, com aprofundamento da relação paternalista;
- Manifestação de certas condutas semelhantes àquelas que o agente manifesta como expectativa em relação ao Grupo. É o caso típico em que o Grupo, na intenção de manter o agente e o que ele representa de importante no bairro, se esforça para realizar, ao nível da verbalização e da conduta manifesta (o que não se confunde com o avanço da sua consciência social), aquilo que ele considera ser o objetivo do agente (ver Antonio Ivo Carvalho. "Saúde e Educação de Base - algumas notas", REVISTA PROPOSTA - nº 3).

Partindo dessas condições, a metodologia a ser adotada pelo profissional de saúde do âmbito comunitário deve ser, precisamente, aquela que contribua para a negação da sua autoridade como elemento de reforço a uma tradição paternalista. Nesses termos, dá-se um passo significativo no sentido de se evitar uma influência negativa do agente junto ao Grupo.

A postura mais correta deve ser a de negação da sua condição de professor, daquele que vai ensinar ao povo como cuidar das doenças ou como resolver o problema do bairro. Isso não deve implicar, naturalmente, na omissão diante dessas questões. Há, de fato, que se procurar a postura democrática, ou seja, aquela que, considerando sua condição de elemento externo à comunidade e possuidor de determinados conhecimentos técnicos, atue no sentido de criar no interior da realidade do Grupo ou da comunidade as condições para o desencadeamento de um processo de participação amplo e democrático.

Essa atuação porém não se reduz a uma questão de forma. A postura indicada é, antes de mais nada, baseada num conteúdo, numa linha de atuação que deve ser basicamente crítica.

Se a perspectiva consiste num tipo de participação que envolva planejamento e definição de propósitos e não só execução, caberá ao agente, de preferência, não a proposição de medidas, mas

à crítica delas. As decisões devem, na medida do possível, estar em mãos do Grupo do qual o agente efetivamente faz parte. Sua função, nesse caso, deve ser a de ampliar o ângulo de percepção do Grupo, abrindo o leque de opções.

Nos casos estudados, dois pontos se colocam como fundamentais. O primeiro se refere ao conteúdo das ações: mutirão e reivindicações. O segundo, às formas de organização adotadas pelo Grupo: seus processos e amplitude. Em ambos, o agente deve ter condições (ou criá-las) de intervir criticamente, amadurecendo com o Grupo a sua prática.

Não há, portanto, no interior do trabalho uma realidade de saúde distinta de uma realidade comunitária. A realidade é uma só. Como não há um processo de participação próprio do profissional de saúde e outro da população local. Há um processo só, e a ele os agentes devem se integrar tendo em vista um tipo de contribuição que comporte sua presença, não como portador de solução dos problemas, mas como elemento que pode contribuir para o desencadeamento de um processo amplo e crítico de participação.

Resta, por fim, salientar que essa participação ampla e democrática não está condicionada apenas por elementos internos à comunidade ao nível micro-comunitário. É preciso, antes de mais nada, não perder a noção do estrutural e do histórico. A vida comunitária não é um dado isolado, desprovido de articulações com o exterior. Sua dinâmica é parte de uma realidade mais ampla, sobre a qual influi e pela qual é influenciada.

Em última análise, não se deve supor que a participação em termos amplos e democráticos possa se realizar independentemente desse processo mais global. É nesse sentido que a história de Austin é um exemplo vivo disso, interfere na realidade sobre a qual se atua. É história vista não apenas como passado. A história contemporânea, o hoje, o agora, se faz presente e suas determinações condicionam todo o contexto a partir do qual se processa a intervenção.

Concretamente, o que significa propor um amplo processo democrático de participação no plano micro-comunitário, se no plano mais global esse processo é, conjuntamente, problemático? Essa contradição coloca um problema que, a nosso ver, só pode ser re

solvida superando-se no plano da comunidade global (o país) os im-
passes colocados pelas limitações a uma participação efetiva, pois
o espaço aberto (ou fechado) no plano geral não é qualitativamente
distinto daquele que vigora no plano específico (micro-comunitário) ,
mesmo que suas manifestações venham a assumir características dis-
tintas quanto à forma ou à intensidade.

A N E X O : - Justificativa e Objetivos (Extrato do documento
básico do Projeto elaborado pelo IMS da UERJ
págs. 12 a 15)

JUSTIFICATIVA

O Programa explicita nos seguintes termos as suas justificativas:

"As características principais dos serviços de atenção médica na América Latina são a multiplicidade de instituições públicas mistas e privadas que participam das prestações e a ausência de coordenação interinstitucional dentro do setor, tendo como consequência: duplicação de serviços, diferente cobertura populacional, má utilização dos recursos, por sua escassez, e encarecimento das prestações". ...

"Por enquanto, tem sido muito importante a atenção dispensada ao desenvolvimento de práticas de Medicina Simplificada nas áreas rurais, muito pouco ou nenhum esforço tem sido realizado para analisar as possibilidades deste tipo de atendimento nas áreas peri-urbanas, ou seja, naquelas áreas perto das grandes metrópoles onde se efetua a migração da população proveniente das zonas rurais ou dos estados em empobrecimento contínuo. Entretanto, é nessas áreas peri-urbanas onde - na América Latina - registra-se o maior crescimento da população. Muitas destas áreas dobram sua população em menos de dez anos, dando origem às favelas (pobreza, má radia precária, precariedade, desemprego, etc.) que hoje em dia se constituem em elementos insubornáveis nas grandes metrópoles da Ibero-América".

Agora não se poderia pensar que o problema da atenção das comunidades poderia ser assimilado ao daquelas outras zonas rurais, mas uma rápida análise permite pôr em evidência as profundas diferenças que separam estas situações. Em "La Salud por el Pueblo" se determinam os seguintes elementos comuns às diferentes experiências existentes, assim relacionadas:

- em todas as sociedades, antes de se iniciasse as transformações, existia sempre algo ou alguém que se ocupava da assistência médica curativa;

- em todos os casos, o primeiro que se tem feito é adestrar, reforçar ou recorrer a uma organização de coletividade local;
- outra característica comum é a utilização de um técnico sanitário, do tipo primário, que não corresponde à descrição corrente do médico ou da enfermeira.

No entanto, isto ocorre nas áreas rurais. Nas zonas peri-urbanas se pode observar a situação oposta:

- dado que são populações imigrantes, recém-apresentadas em lugares que não existe nenhuma estrutura prévia, não é possível identificar algo ou alguém que se ocupe da assistência médica primária. Mas ainda, o processo de transculturação faz com que no caso de existir uma assistência médica primária rudimentar, as pessoas não acudam a ela;
- pelas razões assinaladas anteriormente, as quais se há de somar os múltiplos lugares de procedência da população imigrante, não existe nenhuma organização da coletividade local com peso suficiente para servir o núcleo do sistema de atenção primária.

Assinaladas estas diferenças principais, pode-se passar a caracterizar o fenômeno da população peri-urbana, através dos seguintes fatores:

- crescimento explosivo da população;
- ausência de uma adequada infraestrutura de serviços;
- desemprego ou subemprego;
- permanência de linhas de conduta rural, em violento conflito com o novo marco social; tudo isso se reflete, enquanto condições de saúde, em:
 - um constante aumento das taxas de mortalidade infantil e de morbidade geral, nessas áreas;
 - saturação dos poucos serviços de atenção médica existentes;
 - utilização de pessoal não idôneo em busca de paliativos para as enfermidades que se produzem.

Todos estes fatos, e outros que poderiam ser acrescentados, manifestam a necessidade de visar desenvolver procedimento aptos para procurar solucionar estas distorções do sistema.

Baseado neste enfoque, é que o Instituto de Medicina Social da UERJ, desenvolveu um projeto de Atenção Médica Simplificada, que vem sendo aplicado em Austin, uma população peri-urbana situada na Área do Grande Rio e na qual todos os problemas mencionados apresentam-se de um modo característico.

A linha de pensamento que dirige esta aplicação é que pelas características particulares das áreas peri-urbanas, o que se deve fazer, em primeiro lugar, é fornecer atenção médica simplificada ao total da população em questão, com o propósito de dar início a uma ação coerente que permita ordenar o sistema a partir dos níveis de menor complexidade. O que se procura é a montagem de um sistema de atenção da saúde com níveis de assistência diferenciados, que operem através de unidades hierarquizadas, segundo níveis crescentes de complexidade, articulados funcionalmente entre si, com o objetivo de solucionar as necessidades reais da população.

Mas, enquanto pode-se dizer que nas áreas rurais os conceitos de regionalização estão bem definidos, não acontece o mesmo no relativo às áreas peri-urbanas. Um dos principais aspectos a considerar, neste caso, é que a grande concentração dos habitantes das áreas peri-urbanas faz com que seja muito difícil delimitar áreas geográficas de cobertura específica de qualquer uma das diferentes instituições existentes. Isto tem origem na impossibilidade prática de dividir a população em camadas tributárias dos distintos serviços, na medida em que não existem - na realidade - barreiras geográficas importantes. Além disso o relativo rápido acesso aos múltiplos estabelecimentos já pré-existentes e a existência de múltiplos sistemas de cobertura (os quais atingem não só a uma mesma família, senão, também, a um mesmo indivíduo) acrescentavam dificuldades para a introdução de uma certa ordem no sistema.

Estes fatos conduzem a considerar, de modo prioritário, a necessidade de racionalizar o sistema, na procura de atingir uma melhor cobertura e, ao mesmo tempo, obter um maior rendimento dos recursos existentes.

Visando lograr estes objetivos é que se propõe dar atenção especial ao desenvolvimento de uma rede periférica de postos e mini-postos de Atenção Médica Simplificada que tenham como objetivos:

- i) a atenção daquelas doenças bem definidas, que permitam sua resolução, nos níveis ambulatoriais, e o acompanhamento de sua evolução por pessoal de nível não profissional, treinados para tal;
- ii) a orientação daquelas que assim requeiram pela própria índole das doenças, para os níveis de maior complexidade do sistema, visando diminuir a consulta desnecessária e a consulta múltipla por uma mesma causa;
- iii) enfatizar as ações preventivas e de educação da comunidade, diminuindo a incidência deste tipo de demanda nos níveis de maior complexidade;
- iiii) treinar pessoal em serviço, com o propósito de formar aquele tipo de recurso humano, de acordo com os fins que se procura atingir.

OBJETIVOS

Os objetivos gerais e específicos do Projeto de Atenção Médica Simplificada para uma área peri-urbana no Estado do Rio de Janeiro estão assim definidos:

- "1) Testar esquemas organizacionais de atenção médica que, baseados na assistência médica simplificada, permitam ampliar a cobertura da população de áreas peri-urbanas.
- "2) Desenhar procedimentos de assistência adequados às características e necessidades das populações peri-urbanas.
- "3) Desenhar procedimentos de avaliação permanente das experiências conduzidas, de maneira que permita a sua validação com o fim de estender sua aplicação a outras áreas semelhantes.

- "4) Investigar as capacidades requeridas do pessoal que desempenhará suas funções nos níveis da assistência médica simplificada, com o fim de se extraírem conclusões que permitam adequar os programas de formação de recursos a essas necessidades detectadas.
- "5) Conceituar um sistema regionalizado de atenção médica para áreas peri-urbanas.
- "6) Desenvolver investigações necessárias para que se consiga um conhecimento adequado dos problemas mais relevantes da assistência médica simplificada.

Para se alcançar os objetivos gerais expostos, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. A nível do exame de esquemas organizacionais da atenção médica baseados na assistência médica simplificada

1.1 Desenvolver atividades de assistência médico-sanitária a nível de uma Unidade Sanitária de pequeno porte, localizada em uma área peri-urbana, carente de recursos médico-assistenciais, que cubram a população da localidade integrando os aspectos curativos e preventivos desta atenção. As atividades serão desenvolvidas para gestantes, crianças e adultos e consistirão de:

- a) consulta de enfermagem ou auxiliar de saúde
- b) consulta médica
- c) imunização básica
- d) controle de doenças transmissíveis
- e) hipodermia e curativos
- f) coleta de fatos vitais

1.2 Organizar e instalar mini-postos, operados por pessoal auxiliar, não profissional, que, sob supervisão da Unidade acima exposta, desenvolvam, a nível inferior, em estreito contato com a população, atividades de:

- a) consulta de auxiliar de saúde
- b) imunização básica
- c) controle de doenças transmissíveis
- d) hipodermia e curativos
- e) coleta de fatos vitais

1.3 Estabelecer mecanismos que busquem uma participação ativa da população nas ações de saúde".

Com relação a este item, na página 49 do Projeto lê-se o seguinte: "Isto constitui elemento decisivo para o êxito dessas ações, particularmente daquelas de natureza preventiva. Não está, todavia, muito claro como alcançar esta participação de maneira continuada e ativa. No presente programa estão determinados apenas os pontos de partida e acreditamos que o desdobramento dessas ações surgirão no próprio seio desses pontos de partida. Estão previstas atividades específicas com um grupo populacional, gestantes e com moradores de alguns bairros. As atividades visam tentar levar os participantes a uma compreensão da sua situação concreta de vida e a partir daí a uma atitude positiva frente aos problemas de saúde".

Voltando à transcrição dos objetivos específicos:

1.3.1 Programas Comunitários:

Círculos de Gestantes - são desenvolvidos círculos de gestantes onde se possa promover tanto a disseminação de informações sobre a gestação e o parto e a criação das crianças como também levar as futuras mães a buscarem as formas adequadas para o desenvolvimento de práticas sanitárias adequadas na sua família e de seus vizinhos.

Reunião de Moradores - esta atividade desenvolvida em conjunto com as Escolas visa levantar os principais problemas de saúde do local e a busca conjunta das melhores soluções para esses problemas

2. A nível do desenho de procedimentos de assistência simplificada
 - 2.1 Estabelecer rotinas de assistência médico-sanitária, em conjunto com o pessoal técnico e auxiliar, para cada uma das atividades do projeto que sejam reprodutíveis em circunstâncias semelhantes.
 - 2.2 Definir as normas para a assistência simplificada de saúde a nível de Posto e Mini-Postos.
 - 2.3 Caracterizar os instrumentos mais adequados para a prestação dos serviços de medicina simplificada em áreas peri-urbanas.

3. A nível do desenho de procedimentos de avaliação
 - 3.1 Estabelecer os dispositivos de avaliação rotineira a nível do funcionamento do Posto e Mini-Postos.
 - 3.2 Desenhar métodos e procedimentos simples e suscetíveis de serem generalizados a áreas semelhantes e que permitam avaliar a eficiência e eficácia do sistema proposto.
 - 3.3 Medir o impacto na comunidade de Austin, em termos de saúde, de um projeto de Medicina Simplificada.

4. Ao nível das capacidades requeridas do pessoal que desempenha funções na assistência médica simplificada
 - 4.1 Desenvolver procedimentos educativos simplificados para o treinamento dos diferentes tipos de pessoal que atue em um programa de medicina simplificada.
 - 4.2 Treinar pessoal com características necessárias para os diferentes terrenos de atuação, ou seja, no posto, mini-postos e junto às escolas e à comunidade.
 - 4.3 Definir as funções e determinar procedimentos para o treinamento do pessoal profissional que atue em programas de medicina simplificada.

5. Ao nível da conceituação de um sistema regionalizado de atenção médica

Iniciar contatos com os organismos e instituições prestadoras de assistência médica na área (Secretaria de Saúde, INPS, etc.) com a finalidade de desenhar as bases de um sistema regionalizado de atenção médica que se adequa às características de uma área peri-urbana.

6. Ao nível de desenvolvimento de projetos para um conhecimento adequado de problemas relevantes da assistência médica simplificada

Dentro deste objetivo e tomando em conta as possibilidades técnicas, optou-se pela realização de dois objetivos iniciais.

6.1 Estabelecer modelos de avaliação de riscos que permitam, através de métodos simples, efetuar triagem de clientela (inicialmente gestantes e pré-escolares) de forma a concentrar os recursos profissionais para a população de maior risco.

6.2 Buscar conhecer o "interesse de saúde paralelo" para melhor definir a efetiva contribuição como dispositivo assistencial"

(Retirado do documento original do Projeto elaborado pelo IMS da CERJ - pg. 12 a 15)

NOTAS

(1) Sobre o uso do termo, ver: Donnangelo, M.C.F.; Paim, J.S.; Vidal, C.; Arouca, A.S.)

(2) Ver Ferrara, F.A. e col.; OMS; Vidal, C.

(3) São Paulo, 1975 - Crescimento e pobreza - Candido P.F. Camargo e outros.

(4) A situação do transporte urbano tem gerado uma série de conflitos urbanos, envolvendo usuários das linhas ferroviárias, funcionários das redes e a polícia. Motivados, em geral, por atrasos ou acidentes, esses conflitos, denominados comumente: "Quebra-Quebras", tendem a se generalizar e a assumir dimensões incontroláveis.

Os sociólogos José Alvaro Moisés e Verena Martinez Alier desenvolvem, no trabalho "Patrão o trem atrasou", interessante raciocínio abordando as relações existentes entre os Quebra-Quebras, as condições de vida das classes populares urbanas e as suas formas e canais de participação e manifestação política.

(5) Borja desenvolve essa discussão, aprofundando a questão dos efeitos políticos dessas ações no que diz respeito ao fortalecimento político das classes populares, em termos de suas condições de união, mobilização, Organização e conscientização.

(6) Nos Estados Unidos, os primeiros estudos sobre os fenômenos urbanos foram realizados no Park, Burgess e Wirth, da Escola de Chicago, que deram continuidade aos trabalhos iniciados anteriormente por Simmel (1973) e Spengler (ver Castells, M. : 1972, 1976). Estes autores são considerados os sistematizados do que se poderia denominar 'sociologia urbana', questão que tentaram abordar como um objeto teórico específico.

- (7) Se quiséssemos precisar desde quando a idéia Sociedade X Comunidade e Sociedade X Estado (vistas como formas antitéticas) é objeto de interesse dos estudiosos, teríamos, sem dúvida, um longo trajeto a percorrer, vindo desde Platão e passando por aqueles que se preocuparam com a questão do contrato social (ver Horkheimer M. e Adorno, T.W.). Na sociologia, mais especificamente, a oposição já aparece em Comte, mas o primeiro autor a expressar e definir melhor estas antiteses foi Tönnies, através de seus conceitos de 'Gemeinschaft' e 'Gesellschaft'. Depois dele, inúmeros autores empenharam-se na caracterização de sociedades típico-ideais em oposição, criando categorias explicativas de caráter altamente valorativo, mas de pouca ou nenhuma consistência histórica e etnográfica. Poderíamos mencionar Durkheim, com a noção de solidariedade mecânica e orgânica; Maine, com sua idéia de sociedades onde predominavam relações baseadas em 'status' em oposição a outras onde predominavam relações baseadas no contrato; Spencer, que desenvolveu a noção de sociedade militar e sociedade industrial; Weber e sua divisão entre sociedade tradicional e sociedade racional. Marx é o único autor cujas formulações divergem significativamente dos contrastes levantados pelos autores mais importantes do século XIX.
- (8) Mesmo nessa época, chegou-se a propor a autogestão pela população de certos setores e atividades nos quais estava inserida. Foi, por exemplo, o caso de determinados empreendimentos da Igreja, ou de grupos com características específicas, responsáveis pela criação de cooperativas agrícolas entre pequenos agricultores em algumas regiões do país. Entretanto, além de relatos pessoais e anotações esparsas, pouco se sabe dessas experiências, pelo menos no que se refere ao Brasil. Propostas de caráter mais radical também acabaram ocorrendo dentro o espaço aberto por este tipo de atividade junto à população possibilitou também a formulação de propostas mais radicais: as mais conhecidas são as experiências dos negros americanos e as experiências realizadas na Argélia, relatadas principalmente por Fanon.

- (9) A expressão "relações pré-capitalistas" é utilizada aqui com o sentido que lhe confere Braz José de Araújo em seu artigo "Caio Prado Jr. e a questão agrária no Brasil". O autor tece algumas considerações específicas sobre a definição do termo nas págs. 58/59/60 do referido artigo. Na pág. 60, por exemplo diz: "Pré-capitalistas tal como empregado aqui, tem um sentido histórico no sentido de que são formas que existiram antes da generalização das relações de produção capitalista na Europa. Pré-Capitalistas, portanto, no sentido em que Marx empregava o termo. Isso não significa..., que não se possa perceber sua congênere antes, ao mesmo tempo e ao lado das formas capitalistas, e como decorrência do predomínio de relações capitalistas de produção".
- (10) De acordo com Kautsky (1968: 178): "a grande propriedade, por mais que repila todos os camponeses livres, sempre terá uma parte deles à sua ilharga, uma parte que ressuscita como pequenos arrendatários... à medida que aumenta o número dos pequenos agricultores, colocados ao lado dos grandes, multiplica-se o número de braços postos a disposição destes últimos".
- (11) Segundo Gramsci (1974: 128), na Itália a burguesia industrial setentrional fez uma aliança com os proprietários fundiários do Sul e esses proprietários dirigem intelectual e politicamente os grupos camponeses do Sul... a direção do bloco social corresponderia ao Norte pois "uma cidade industrial é sempre mais progressista que o campo que depende organicamente dela".
- (12) Estas formas refletem a dominância dos representantes do mandonismo local (o fenômeno do coronelismo) em contraposição a formas jurídicas definidas pelo Estado (na sua fase de Estado Capitalista).
- (13) De acordo com Oliveira (1977), o surgimento, principalmente no Nordeste, de uma coligação de forças populares, com forte expressão camponesa, podia criar em escala nacional uma luta pela hegemonia entre esse grupo e a burguesia industrial da região Centro-Sul. Este fenômeno se apresenta em fins da década de 50 e início da década de 60.

- (14) Esta situação de pré-captura precede o movimento militar de 1964.
- (15) Entende-se por "intelectual coletivo" o equivalente a um "anel burocrático" ou novo centro de expressão política, ao lado dos partidos.
- (16) Cumpre ressaltar que estas agências não podem ser consideradas instrumentos permanentes da burguesia industrial. O caso da SUDENE é revelador, pois se trata de uma agência que foi objeto de disputa de vários grupos sociais, inclusive de setores populares que conseguiram influir temporariamente na sua política. Deve-se destacar, ainda, que o surgimento da SUDENE foi acompanhado do aparecimento de várias agências internacionais, como a USAID, que dentro da política da "Aliança para o Progresso" participaram ativamente na "captura" da SUDENE (ver Oliveira 1977).
- (17) Livre é aqui entendido num duplo sentido: - não só por ser despojado dos meios de produção, mas também por poder dispor "livremente" de sua força de trabalho, como única mercadoria que possui e cuja venda é condição essencial para sua sobrevivência (Kozlowski et col.).
- (19) "... proposta para um sistema regional integrado de atenção materno-infantil de caráter piloto servindo a 1.000.000 habitantes nos 22 municípios da Região de Saúde do Norte de Minas Gerais, com sede em Montes Claros, Brasil...".
- (20) O Programa de Ação Regional Integrado de Atenção Materno-Infantil em Montes Claros prevê planejar, elaborar, desenvolver, operar e avaliar um modelo de atenção materno-infantil fornecendo os cuidados mais importantes possíveis para a saúde das mães, recém-nascidos e crianças até 5 anos de idade, durante todo o ciclo reprodutivo e os processos de crescimento e desenvolvimento.

ILLEGÍVEL

- (21) Com o título "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas", foram elaborados diversos textos, que receberam o nome de Tema. Dado o número de vezes que o grupo de trabalho de Montes Claros teve que comparecer a reuniões e seminários, ocorreu o esgotamento das edições originais e novas cópias foram tiradas. Contudo, como o Programa já estava em andamento, algumas partes foram alteradas, adicionadas ou subdivididas. Os documentos que temos em mãos são tanto da 1ª edição quanto das últimas, daí a necessidade de mencionar o nome correto de cada um deles cada vez que são citados.
- (22) Relatório Parcial do Projeto 09 - Investigação sobre Medicina Comunitária, Programa PESES/PEPPE, Convênio FINEP/FIOCRUZ; Junho de 1977.
- (23) Divisão do Brasil em micro-regiões homogêneas - 1968; Ministério do Planejamento e Coordenação Geral; Fundação IBGE, Rio de Janeiro, 1970.
- (24) Melo Neto, João Cabral de: - "O cão sem plumas", Antologia Poética; Livraria José Olympio Editora - 1973 - RJ.
- (25) Conheça seu município - Região de Planejamento do Vale do Ribeira, Vol. I Deptº de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, 1974.
- (26) Sudelpa - área de atuação. Caracterização físico-econômico-social. Vol. I - Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo.
- (27) Projeto de área Programática para serviços integrados de saúde. Prof. Guilherme Rodrigues da Silva e Dr. Eglon Malta Santos. Revista Paulista de Hospitais, Ano XVIII, Nº 9, Set. 1970, São Paulo.
- (28) Levantamento básico do município de Registro. Secretaria do Trabalho e Administração do Governo do Estado de São Paulo, 1971.

- (29) "Epidemiologia da desnutrição proteico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira. Carlos Augusto Monteiro. Dissertação de Mestrado. Área de Medicina Preventiva do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP; Mimeografado, 1977.
- (30) Informações colhidas com a equipe do Centro de Saúde de Juruá.
- (31) "Operação Caiçara"; Comissão do Litoral, Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio; São Paulo, 1967.
- (32) Depoimento do Dr. Júlio Litvoc, Docente do Depto de Medicina Preventiva da USP e primeiro coordenador do Programa do Vale do Ribeira. São Paulo, 1977.
- (33) Termo do convênio celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Medicina, visando a operação conjunta de um Centro Saúde Escola no Município de Pariqueira - Açu. Processo nº12.412/74. São Paulo.
- (34) Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Governo de São Paulo.
- (35) Depoimento de Dr. David Capistrano da Costa Filho, atual Coordenador do Programa do Vale do Ribeira, pela USP. São Paulo, 1977.

B I B L I O G R A F I A

1. Andrade, M.C. de: - "O processo de modernização e sua repercussão sobre as relações de trabalho no meio rural brasileiro", in O Planejamento Regional e o problema Agrário no Brasil. Ed. Hucitec, São Paulo, 1976
2. Arouca, A.S. da S.: - O Dilema Preventivista; tese de doutorado; mimeo; Campinas, 1976
3. Arquidiocese de São Paulo: - São Paulo 1975: Crescimento e Pobreza (vários autores); Ed. Loyola; São Paulo, 1976
4. Berlink, M.T.: - Marginalidade Social e Relações de Classes em São Paulo; Ed. Vozes; Petrópolis, 1975
5. Bórja, J.: - Movimientos Sociales Urbanos; Edições SIAP, 1975, Buenos Aires
6. Braz, José de Araújo: - "Caio Prado Jr. e A Questão Agrária no Brasil", Revista Temas em Ciências Sociais, nº 1; Ed. Gujalbo, São Paulo, 1977
7. Burgess, E.W.: - "The Growth of the City: An Introduction to a Research Project"; in The City (ed.) R.E. Park, E.W. Burgess & R.D. Mackenzie; University of Chicago Press; Chicago, 1967
8. Cardoso, F.H.: - "Estado e Dependência", Cadernos CEBRAP, nº 11, 1975
9. Cardoso, F.H.: - O Modelo Político Brasileiro; DIFEL; São Paulo, 1972
10. Cardoso, F.H. & Faletto, E.: - Dependência e Desenvolvimento da América Latina: Ensaio de Interpretação Sociológica; Zahar; Ed.; Rio de Janeiro, 1970

11. Castells, M.: - Problemas de Investigación en Sociología Urbana; Siglo XXI Ed.; Buenos Aires, 1972
 - "La Urbanización Dependiente en América Latina"; in Imperialismo y Urbanización en América Latina; pg. 7-26; Ed. Gustavo Gili; Barcelona, 1973
 - La Cuestión Urbana; Siglo XXI Ed.; Madrid, 1976
 - Movimientos Sociales Urbanos; Siglo XXI Ed.; Mexico, 1976

12. Centro Regional de Saúde de Montes Claros: - "Mecanismo de Coordenação Interinstitucional"; parte do conjunto de documentos intitulado Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas; Tema 4; mimeo; Belo Horizonte; 1976
 - "Características Básicas e Estrutura Funcional do Modelo"; Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas; mimeo; Belo Horizonte; s/data
 - "Programa de Extensão da Cobertura"; Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas; mimeo; Belo Horizonte; 1976
 - Plano de Saúde para o Município; mimeo; Montes Claros; 1976
 - Diretrizes Gerais para Política de Pessoal do Centro Regional de Montes Claros; mimeo; s/data
 - Relatório das Atividades desenvolvidas no período de Outubro de 1975 a Dezembro de 1976; mimeo; Montes Claros; 1977
 - Experiência de Treinamento de Pessoal Auxiliar; mimeo; Montes Claros; 1977
 - Primeiro Seminário sobre Supervisão do Projeto Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Estado de Minas Gerais; mimeo; Teresopolina; 1977

13. Cepal: - "Industrialização na América Latina"; in Urbanização e Desenvolvimento D. Pereira (org.); pp. 49-60; Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1969

14. Donnangelo, M.C.F.: - Saúde e Sociedade; Ed. Duas Cidades; São Paulo, 1976, 124 pg.
15. Fanon, F.: - The Wretched of the Earth; Penguin Books; London, 1967
16. Faria, V.: - "Pobreza Urbana, Sistema Urbano e Marginalidade"; Estudos Cebrap nº 9; pg. 129-152; São Paulo, 1974
17. Fernandes, F.: - Comunidade e Sociedade (2ª vol.); Cia. Ed. Nacional/USP; São Paulo, 1973
18. Ferrara, F.A., Acebal, E. & Paganini, S.M.: - Medicina de la Comunidad; Inter Medica Ed.; Buenos Aires, 1972
19. Foster, G.: - What is Folk Culture?; Am. Anthr.: 55; pg. 159-173; 1953
20. Frank, A.G.: - "Desenvolvimento do Subdesenvolvimento Latino Americano"; in Urbanização e Subdesenvolvimento L. Pereira (org.); pg. 25-39; Zahar.; Rio de Janeiro, 1969
21. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo Demográfico de Minas Gerais; 1970
22. Furtado, C.: - Desenvolvimento e Subdesenvolvimento; Fundo de Cultura; Rio de Janeiro, 1961
23. Germani, G.: - "Desenvolvimento Econômico, Urbanização e Estratificação Social"; in Urbanização e Subdesenvolvimento, L. Pereira (org.); pg. 109-134; Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1969
24. Governo do Estado de Minas Gerais: - Área Mineira da SUDENE - Programa Integrado 76/77; Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral/Fundação João Pinheiro; vol. 4; 1975

- Área Mineira da SUDENE - 1º Encontro de Planejamento Regional Pré-Diagnóstico; Secretaria do Planejamento e Coordenação Geral/Fundação João Pinheiro; s/data

25. Gramsci, Antonio: - Il Resorgimento; Coleção "hombres del Tiempo"; Buenos Aires, 1974
26. Graziano, da Silva, José F. et col.: - Estrutura Agrária e Produção de Subsistência na Agricultura Brasileira, Departamento de Economia Rural, Faculdade de Ciências Agrônomicas, Campus de Botucatu, UNESP, 1977 (mimeo)
27. Horkheimer, M. & Adorno, T.W.: - Temas Básicos da Sociologia; Ed. Cultrix Ltda; São Paulo, 1973
28. Ianni, O.: - Sociologia da Sociologia Latino Americana; Ed.; Cultrix Ltda; São Paulo, 1973
29. Ianni, Octavio: - "Relações de produção e proletariado rural"; in Vida Rural e Mudança Social. Szmyrecsányri, T. e Queda, O. (organiz.). Companhia Editora Nacional, Rio de Janeiro, 1976
30. Kautsky, K.: - A questão agrária. Ed. Laemmert; Rio de Janeiro, 1968, 330 pg.
31. Kowarick, L.: - Capitalismo e Marginalidade na América Latina; Ed. Paz e Terra; Rio de Janeiro, 1971
32. Lambert, J.: - Os Dois Brasis; Ministério da Educação e Cultura; Rio de Janeiro, 1959
- "Obstáculos ao Desenvolvimento Decorrencias da Formação de uma Sociedade Dualista"; in Sociologia do Desenvolvimento; J.C.G. Durand (org.); pg. 65-71; Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1967
33. Lewis, O.: - Antropologia de la Pobreza: Cinco Familias; Fondo de Cultura Economica; México, 1961

- La Vida: A Puerto Rican family in the Culture of Poverty; Vintage Books; New York, 1965
- La Cultura de la Pobreza; Ed. Anagrama; Barcelona, 1972
- 34. Lojkine, J.: - "Contribuição para uma Teoria da Urbanização Capitalista"; Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LII; Paris, 1972
- 35. Macciochi, M.A.: - A favor de Gramsci; Ed. Paz e Terra; Rio Janeiro, 1976, 301 pg.
- 36. Machaço da Silva, L.A.: - Mercados Metropolitanos de Trabalho Manual e Marginalidade; dissertação de Mestrado; mimeo; Rio de Janeiro, 1971
- 37. Mangin, W.: - "Introduction"; in Peasants in Cities: Readings in the Anthropology of Urbanization; Houghton Mifflin Co.; Boston, 1970
- 38. Merton, R.K. - Social Theory and Social Structure; The Glencoe Free Press; Chicago, 1958
- 39. Ministério da Saúde: - Tema 5: Programa de Extensão das Ações às Populações Rurais; Vª Conferência Nacional de Saúde; Brasília, 1975
- 40. Moises, J.A. e Martinez - Allier, V.: - "Patrão o trem atrasou"; Ed. Paz e Terra/CEDEC - 1977
- 41. Murmis, M.: - "Tipos de Marginalidad y Posición en el Proceso Productivo"; Revista Latino-Americana de Sociologia; vol. V (2)
- 42. Nun, J.: - "Superpoblación Relativa, Ejército de Reserva y Masa Marginal"; Revista Latino-Americana de Sociologia 5 (2); 1969

43. Nurkse, R.: - Problems of Capital Formation in Underdeveloped Countries; Oxford University Press; New York, 1967
 44. Oliveira, F.: - "A Economia Brasileira: Crítica à Razão Dualista"; Estudos Debrap nº 2; São Paulo, 1972
 45. Oliveira, Francisco de: - Elegia para uma Região: SUDENE, Nordeste. Planejamento e Conflito de Classes, Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1977, 132 pg.
 46. OMS/UNICEF - Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries; V.D. Jukanic & E.P. March, (ed.); Geneve, 1975
 47. Pahl, R.E.: - "Perspective on Urban Sociology"; in Readings in Urban Sociology R.E. Pahl (ed.); pg. 3-46; Pergamon Press; Oxford, 1966
 48. Paim, J.S.: - "Medicina Comunitária: Introdução à Uma Análise Crítica"; Saúde e Debate nº 1; pg. 9-12; 1976
 49. Park, R.E.: - "A Cidade: Sugestões para a Investigação do Comportamento Humano no Meio Urbano"; in O Fenômeno Urbano; O.G. Velho (ed.); Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1973
 50. Park, R.E. & Burgess, E.W.: - "Comunidade e Sociedade como Conceitos Analíticos"; in Comunidade e Sociedade (2ª vol.) F. Fernandes (org.); pg. 96-116; Cia. Ed. Nac./USP; São Paulo, 1973
 51. Parsons, T.: - The Social System; Tavistock & Free Press; Chicago, 1952
 52. Pereira, L.: - "Subdesenvolvimento e Desenvolvimento"; in Urbanização e Desenvolvimento L.Pereira (org.); pg. 15-36; Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1969
- Ensaio de Sociologia do Desenvolvimento; Livraria Pioneira Ed.; São Paulo, 1970

53. Prado Junior, João: - "O Estatuto do Trabalhador Rural"; Revista Brasiliense 47 (maio-junho), pg. 12, 1963
54. Quijano, A.: - "La Formación de un Universo Marginal en las Ciudades de America Latina"; in Imperialismo y Urbanización en America Latina; pg. 141-166; M. Castells (org.); Ed. Gustavo Gili; Barcelona, 1973
55. Rangel, I.: - Dualidade Básica da Economia Brasileira, ISEB; Rio de Janeiro, 1957
56. Redfield, R.: - The Little Community/Peasant Society and Culture; The Univ. of Chicago Press; Chicago, 1967
57. Santos, T. dos: - "O Novo Caráter da Dependência: Grande Empresa e Capital Estrangeiro na América Latina"; in Perspectivas do Capitalismo Moderno; L. Pereira (org.); Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1971
58. Savloff, G.: - Educación de la Comunidad; Ed. Omega, Pedagogos de América, Buenos Aires
59. Quijano, A.: - "La Formación de un Universo Marginal en las Ciudades de America Latina"; in Imperialismo y Urbanización en America Latina; pg. 141-166; M. Castells (org.); Ed. Gustavo Gili; Barcelona, 1973
60. Silva, S.: - Expansão Cafeeira e origens da Indústria no Brasil; Ed. Alfa-Omega, São Paulo, 1976, 120 p.
61. Simmel, G.: - "A Metrópole e a Vida Mental"; in O Fenômeno Urbano; C.G. Velho (org.); Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1973
62. Singer, Paul: - "Agricultura e Desenvolvimento Econômico"; Vida Rural e Mudança Social. Szemeretsányri, T. e Queda, O. (organiz.) Companhia Editora Nacional, Rio de Janeiro, 1976
63. Singer, P. I.: - "Dinâmica Populacional e Desenvolvimento"; Cebrap; São Paulo, 1970

64. Singer, P.I.: - "Migraciones Internas en America Latina: Consideraciones Teoricas sobre el Estudio"; in Imperialismo y Urbanización en America Latina; M. Mastells (org.); pg. 26-56; Ed. Gustavo Gili; Barcelona, 1973
65. Singer, P.I.: - "Urbanización, Dependência y Marginalidad en America Latina"; idem, pg. 287-313
66. Somarriba, M. das Mercês: - A Dinâmica de Apreensão do Modelo; mimeo; Belo Horizonte, 1976
67. Somarriba, M. das Mercês: - "Notas sobre o Programa Regional de Saúde do Norte de Minas"; in Desenvolvimento Social; Fundação João Pinheiro; Belo Horizonte, 6 (11) Nov. 1976
68. Spengler, O.: - The Decline of the West; G. Allen & Unwin; London, 1928
69. SUDENE: - Relatório das Atividades da Sudene em Minas Gerais no Período 1964/1975; Belo Horizonte, 1976
70. Tiago, J.L. de S. e col.: - Subsídios para o Estudo de Assistência Médica no Brasil; ENSP; mimeo; Rio de Janeiro, 1973
71. Testa, Mário: - Impresión sobre la Secretaria de Salud de Minas Gerais y el Programa del Centro Regional de Montes Claros; mimeo; Montes Claros, s/data
72. Tonnies, F.: - "The Contrast between 'Gemeinschaft' and 'Gesellschaft'"; in Modern Sociology: Introductory Readings P. Worsley (ed.); pg. 295; Penquim Books; London, 1970
73. Tonnies, F.: - "Comunidade e Sociedade como Entidades Típico-Ideais"; in Comunidade e Sociedade II vol.; F. Fernandes (ed.); pg. 96-116; Cia. Ed. Nacional/USP; São Paulo, 1973

74. Tulane University: - The Northern Minas Regional Integral Maternal and Child Care System - Montes Claros, Brazil; Tulane/Family Health, Inc., New Orleans, USA - Northern Minas University, Montes Claros, 1971
75. Uribe, A.V.: - Participación de la Comunidad Grupo de Estudio nº 11 do "Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia", 1974, (mimeo)
76. Vidal, C.: - "Medicina Comunitaria: Nuevo Enfoque de la Medicina"; Educación Médica y Salud; pg. 11-15; OPAS
77. Wagley, C. & Harris, M.: - "Una Tipología de Subculturas Latino-americanas"; in Estudios sobre el Campesinado Latinoamericano; Ed. Periferia SRL; Buenos Aires, 1974
78. Wirth, L.: - "Towards a Definition of the Local Community"; in Modern Sociology: Introductory Readings P. Worsley (ed.) ; pg. 297-301, Penguin Books; London, 1970
- "O Urbanismo como Modo de Vida"; in O Fenômeno Urbano O. G. Velho (org.); Zahar Ed.; Rio de Janeiro, 1973