

III

Seminário latino - americano de Medicina Social



Ouro Preto, Minas Gerais,
Brasil, 19 a 23 de no-
vembro de 1984.

Grupo Internacional de Estudos Avanzados en Me-
dicina Social. **ABRASCO - CEBES - DMPS** /
FMUFMG - apoio: Prefeitura Municipal de Ouro
Preto

PROMOTORES: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)

Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)

Grupo Internacional de Estudios Avanzados en Medicina Social

APOIO: UFMG - OPAS - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Programa de Educação Continuada da ENSP

LOCAL: Colégio Dom Bosco - Cachoeira do Campo, distrito de Ouro Preto/MG - Brasil

DATA: De 19 a 23 de novembro de 1984

TEMÁRIO

O tema central proposto é: A CRISE, AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E A LUTA PELA PAZ NA AMÉRICA LATINA E CARIBE. Serão discutidos trabalhos científicos e propostas alternativas relacionadas à crise econômica, política e social, porque atravessa a Região, com ênfase em suas repercussões sobre as condições de saúde e sobre as políticas sociais. O contexto das discussões dar-se-á à luz dos movimentos nacionais e de solidariedade internacional vinculados à luta pela paz na Região e em âmbito mundial.

A escalada armamentista, os conflitos localizados e a ameaça crescente de conflitos em nível mundial, autorizam que o tema da luta pela paz se inscreva entre os mais relevantes frente as condições de vida e de saúde dos povos da Região.

É necessário acrescentar, que a própria Organização Panamericana de Saúde incluiu a questão da paz como um dos aspectos centrais para atuação da entidade, durante a atual administração.

O tema central terá um desdobramento, com subtemas referidos a diversas repercussões da crise perante ao processo saúde-doença e às políticas setoriais de saúde, entre os quais: Saúde e Trabalho; Estado e Políticas de Saúde; A Saúde e a Luta pela Paz; Movimentos Sociais e Saúde; Condições de Vida e Saúde; Processo de Desenvolvimento Capitalista e Doenças; A Crise, as Sociedades em Transição e a Saúde; e Profissionais de Saúde e a Crise.

DINÂMICA DA REUNIÃO

O evento será realizado combinando exposições em mesas-redondas, com trabalhos de grupo, organizados de acordo com o interesse dos participantes pelos subtemas específicos. As mesas-redondas previstas são:

- 1 - A crise na América Latina e Caribe.
- 2 - A crise e as condições de saúde.
- 3 - A crise e as políticas de saúde.

Cada mesa-redonda contará com um coordenador e três expositores, oriundos de países distintos.

Os subtemas (explicitados no item anterior), serão discutidos em trabalhos de grupo que se desenvolverão durante toda a reunião, havendo sessão plenária final para socialização das informações.

Os trabalhos de grupo por subtemas serão específicos, participando cada grupo na discussão de apenas um subtema ao longo do Seminário, num total de 14 horas de trabalho grupal. Pretende-se, desta forma, estabelecer condições para aprofundamento de questões teórico-metodológicas e políticas ligadas a cada assunto específico.

Cada subtema contará com dois coordenadores, sendo um do país-sede.

SUBTEMAS

1 - Saúde e Trabalho

2 - Estado e Política de Saúde

3 - A Saúde e a Luta pela Paz

4 - Movimentos Sociais e Saúde

5 - Condições de Vida e Saúde

6 - Processo de Desenvolvimento Capitalista e Doença

7 - A Crise, as Sociedades em Transição e a Saúde

8 - Profissionais de Saúde e a Crise

COORDENADORES

Ana Maria Tambellini (Brasil)

Asa Cristina Laurell (México)

José Luiz Fiori (Brasil)

Silvia Martha Porto (Argentina)

Sérgio Arouca (Brasil)

Guilherme Gonzales (Nicarágua)

Marcio Almeida (Brasil)

Mario Argandones (Bolívia)

Francisco Eduardo de Campos (Brasil)

Saul Franco (Colômbia)

(Brasil)

Jaime Breilh (Equador)

David Capistrano (Brasil)

Mariano Zalazar Castellón

Roberto Passos Nogueira (Brasil)

Susana Belmartino (Argentina)

Os Grupos de Trabalho operarão, pela manhã: de 10:30 às 12:00h; à tarde: de 14:00 às 17:00h.

A plenária final se realizará de 8 às 12:00h do último dia.

PROGRAMAÇÃO CULTURAL E SOCIAL

Dia 19/11 - noite - Apresentação do Coral da UFMG

Coquetel oferecido pela Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Durante o Seminário - Lançamento de livros

abrazsco**Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva**Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Mangueinhos
21041 - Rio de Janeiro - RJ**III SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL****Ouro Preto/MG - Brasil - 19 a 23 de novembro de 1984****PROGRAMA - AGENDA**

HORÁRIO	2ª feira 19/11	3ª feira 20/11	4ª feira 21/11	5ª feira 22/11	6ª feira 23/11
Manhã 8:30h		Mesa Redonda 1	Mesa Redonda 2	Mesa Redonda 3	Plenária Grupos
10:30h		Trabalho de Grupo	Trabalho de Grupo	Trabalho de Grupo	
12 às 14h		ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
Tarde 14:00h 18:00h	Chegada dos Participantes	Trabalho de Grupo	Trabalho de Grupo	Trabalho de Grupo	Plenária sobre organização do próximo Seminário Sessão de Encerramen
18 às 20h	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR	JANTAR
Noite 20:00h	Sessão de Abertura Conferência 1	Conferência 2	Conferência 3	Livre	Livre

"SAÚDE E TRABALHO"

RESUMOS

Coordenadores: Anamaria Testa Tambellini (Brasil)
Asa Cristina Laurell (México)

para a compreensão do fenômeno processo de trabalho e saúde numa dada formação econômica e social específica. Com esse objetivo, a abordagem sociológica do autor contou com a participação, e contribuição, de médicos, engenheiros, antropólogos e historiadores.

O método adotado foi o de considerar os enunciados, e as abordagens, propostas para a relação saúde e trabalho, enquanto resultado de uma dada forma de inserção do trabalho morto- máquinas -, com certas características tecnológicas que acabam por circunscrever as condições, específicas e gerais, do corpo e da saúde do trabalhador.

Dentre os resultados a que chegamos, consideramos o mais importante aquele que, pela via teórica e metodológica adotada, permitiu-nos depreender alguns detalhes da trama das relações de produção capitalistas, que estão presentes na estruturação das questões de saúde na fábrica, agindo na percepção e montagem delas.

Como conclusão, consideramos fundamental, para a melhoria das condições, gerais e particulares de trabalho e saúde, das classes trabalhadoras, que estas se apropriem dos conhecimentos e técnicas inseridos na produção para, a partir daí, eliminar, na própria produção, os aspectos mais agressivos e danosos à sua existência.

Autor: André Laino

ABRASCU - SEMINÁRIO DE MEDICINA SOCIAL - OSORIO FREITO, NOV 64

TÍTULO: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA MENTAL: O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO PSIQUIÁTRICO E DE BENEFÍCIO SOCIAL

AUTOR: Pedro Gabriel Godinho Delgado

RESUMO:

Admitindo que a correlação positiva CONDIÇÕES DES FAVORÁVEIS DE TRABALHO / APARECIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS, conquanto apreendida pelo senso comum, não alcançou ainda estatuto científico, o autor procura estudar as diferentes abordagens que o problema tem merecido. Com os subsídios de tal revisão, discute as várias interpretações que a questão comporta, analisando, para tal fim, uma população definida de operários da indústria de transformação, submetidos a situação peculiar de desemprego. As condições especiais do local de residência da população estudada (um município do interior do estado do Rio de Janeiro, com oferta incomumente alta de serviços psiquiátricos) são analisadas, buscando verificar-se o papel que desempenham na determinação dos altos índices de transtornos mentais entre aquela população.

Dos resultados obtidos destacam-se: 1) alta prevalência de incapacidade laborativa (definitiva ou temporária) na população estudada, nove vezes maior que a da população geral do Brasil, no mesmo período; 2) participação importante dos transtornos psiquiátricos na composição dos diagnósticos justificadores da incapacidade; 3) singular interação entre a instituição de benefício, representada pela Perícia Médica do INPS, e de cuidado, representada pela rede de hospitais e ambulatórios psiquiátricos, determinando o padrão de uso dos serviços pela população desempregada.

gado, 1) correlação positiva entre condições concretas do trabalho industrial (dobra ou prolongamento de turnos, por exemplo) e o aparecimento de transtornos mentais; 5) evidência de complexa interação entre desemprego e doença mental, de contornos ainda insuficientemente esboçados.

Na discussão dos resultados, procura-se compreender o papel das instituições de cuidado psiquiátrico e benefício social como determinantes privilegiados, ao lado do próprio desemprego, da natureza e prevalência dos transtornos mentais apresentados, buscando-se discutir o conceito de "psiquiatrização", com vistas a verificar sua eventual utilidade para o entendimento do fenômeno da produção social dos transtornos mentais.

Rio de Janeiro, outubro de 1984

O estudo das relações entre saúde e industrialização e, particularmente, das políticas de desenvolvimento industrial e controle ambiental adotadas no Município de Cubatão - S.P., foram as finalidades deste trabalho.

Foi levantado para tanto, material bibliográfico sobre as condições em que se definiu, estabeleceu e desenvolveu no município, o "projeto" do maior polo sidero-petroquímico da América do Sul, bem como sobre o surgimento e desenvolvimento das ações de controle e saneamento ambiental, em particular para o Estado de São Paulo com a criação da CETESB - Companhia de Tecnologia em Saneamento Ambiental.

Após decisão do Conselho de Segurança Nacional em 1948, que opta pela instalação no até então Distrito de Santos da primeira refinaria de petróleo de grande porte do país, em 1952 define-se o projeto da usina siderúrgica. A estas estatais, seguem-se entre 1956 e 1966, diversas indústrias químicas e petroquímicas e a partir daí instalarem-se as indústrias de fertilizantes, quase todas multinacionais. Aos interesses em ganhos de escala e aglomeração não se juntam porém, preocupações com o controle ambiental, embora tais indústrias sejam reconhecidas mundialmente como das mais agressoras ao ambiente e à saúde humana.

A Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente - Estocolmo 1972, é um marco para definição de políticas de controle ambiental no país. Duas posições à época passam a se evidenciar: a de militares e técnicos que não desejam a adoção de medidas legislativas, e a de técnicos e políticos que vêem nestas a única possibilidade de atuações de controle sérias. Em 1975 cria-se a CETESB com atribuições de controle e saneamento ambiental e a responsabilidade pela aprovação dos projetos industriais no Estado de São Paulo.

A CETESB, expressão das políticas estatais de controle ambiental, fundada em uma visão tecnocrática da realidade, não respondeu com propriedade aos problemas decorrentes das políticas de industrialização implementadas permitindo que o município viesse a se tornar conhecido internacionalmente como o mais poluído do mundo, e sua população sofresse as consequentes repercussões sobre a saúde.

INTRODUÇÃO:

O Centro Regional de Saúde de Sete Lagoas, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, tem sob a sua jurisdição 72 Unidades de Serviço em 36 municípios. Abrange uma área de 20.015 Km² uma população de 429.800 habitantes submetidas às mais diversas condições de vida e trabalho. A região apresenta municípios que exibem crescimento populacional positivo, da ordem de 6,40% ano, em contraposição a municípios com taxa negativa de crescimento anual da ordem de 4,70%.

Estas taxas refletem nos diversos municípios a expansão ou retração econômica a que está submetida cada sociedade. Esta retração ou expansão reflete sobre a saúde dos indivíduos criando nosologias compatíveis com as novas condições do município.

FINALIDADE:

Neste trabalho nos propomos a fazer uma análise de 2 municípios da nossa área de jurisdição, Baldim e Abaeté, em relação a questão da hipertensão arterial.

No primeiro existe uma fábrica de tecelagem onde tradicionalmente cada operário manobrava 20 teares. Há 2 anos aproximadamente cada operário passa a manobrar 36 teares. A incidência da hipertensão arterial nos operários da fábrica de tecelagem vem aumentando.

No segundo município, tradicionalmente agropastoril, a força de trabalho, anteriormente ocupada em atividades de agricultura de subsistência, passa a se ocupar em firmas reflorestadoras. Estas firmas empregam majoritariamente a mão de obra feminina, que ganha seu sustento por eucaliptos plantados, isto é, por produção exercida.

RESUMINDO: Em duas atividades aparentemente diversas, a industrial e a extrativa, dois perfis nosológicos semelhantes se apresentam.

MÉTODO:

- 1) Análise detida da estatística disponível a nível regional.
- 2) Avaliação indireta via rotina de supervisão onde os médicos mencionam de forma empírica suas impressões.
- 3) Medida de pressão arterial de todos os trabalhadores da Fábrica de Tecidos e da Reflorestadora.
- 4) Questionário por amostragem aos trabalhadores da Fábrica de Tecidos e da Reflorestadora para captar impressões e dados subjetivos sobre mudanças das condições de trabalho.

Considerando a precariedade das condições de inserção do trabalhador no mercado de trabalho e as limitações que seus rendimentos impõem à manutenção de suas condições de existência e de seus descendentes, colocouse, como objetivo do presente estudo a identificação das organizações domiciliares como alternativas de sobrevivência.

A partir de uma amostra de famílias de baixa renda no Município de São Paulo (1978/79) foram observados os recursos de obtenção dos meios de subsistência, no período marcado pelo nascimento e desenvolvimento de uma criança, no primeiro ano de vida. Através de um acompanhamento mensal, levantaram-se as condições de emprego dos integrantes das organizações domiciliares Nucleares e Ampliadas, e, sua participação na composição do orçamento. Destacando-se as condições de inserção da mãe do lactente e/ou do respectivo cônjuge no mercado de trabalho observou-se que a ampliação constituiu-se num recurso alternativo para compensar, no plano econômico, os baixos rendimentos dos integrantes do núcleo reprodutivo.

No plano biológico, a desnutrição do lactente, como medida das limitações impostas à reprodução, confirmou o acesso aos benefícios que a ampliação, como alternativa de sobrevivência é capaz de gerar. Apesar dos níveis significativamente inferiores dos rendimentos dos núcleos reprodutivos nas famílias Ampliadas observou-se um nivelamento da ocorrência da desnutrição no primeiro ano de vida, em ambas as organizações domiciliares. Nestas condições, a ocorrência de desnutrição apresentou-se associada à renda do domicílio e não à renda do núcleo reprodutivo.

Acrescenta-se que, ao nivelar a ocorrência de desnutrição em ambas as organizações domiciliares, a ampliação estaria fornecendo melhores condições de superar as limitações referentes ao peso ao nascer, inferior a 3.000 gramas, apontando como fator de importância na etiologia da desnutrição.

Professor Adjunto, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina.

formações alternativas de sobrevivência associadas à presença de migrantes, que se constituem no elemento mais expressivo da composição das classes trabalhadoras, dentro dos padrões vigentes de acumulação de capital.

Indícios a respeito de melhores condições de existência nas famílias Ampliadas, paralelamente à maximização dos rendimentos neste processo associativo, justificaram a constituição da ampliação como mecanismo de defesa da reprodução da força de trabalho, nas condições adversas criadas pelo desenvolvimento capitalista entre nós.

Considerando que essas formações sociais foram capazes de amortizar o desgaste decorrente da forma como se estruturam as relações sociais de produção em nosso meio, chama-se a atenção para a consideração das organizações domiciliares como categoria metodológica importante na avaliação dos efeitos da crise sobre as condições de saúde do trabalhador e seus familiares.

JORGE MESQUITA HUET MACHADO; ANTONIO CARLOS DOS SANTOS CAR-
DOSO; THELMA MARLY ABREU MENDES; FLÁVIA MARIA LEAL NIOBEY;
RITA DE CÁSSIA LESSA COELHO; MARIA CRISTINA BOARETTO; CAR-
LA LOPES PORTO BRASIL CARVALHO ; SHEILA DE SOUZA BACKX ;
MARIA ELIZABETH MARQUES DE SOUZA

Finalidade

Discutir o agente de saúde como estratégia de ligação da
saúde com os movimentos sociais.

Método

Descrição de uma experiência institucional de
formação de agentes de saúde e propostas emergentes.

Discussão

A proposta de agente de saúde em si nada garante massim
como ela é concretizada, passando pela questão democrática
e/ou autoritária que historicamente determinam como os di-
ferentes componentes desta ação agirão e quais serão os
seus interesses. O resultado será o somatório do jogo de
forças destes componentes que imprimirão no agente de saú-
de uma consciência crítica aos serviços de saúde e da so-
ciedade ou uma coopitação institucional para extensão da
prestação de serviços a baixo custo.

Outra discussão é como pode se dar dentro de uma insti-
tuição uma proposta de educação popular, que mecanismos a
favorecem e se interpõem.

TEMA : SAÚDE E TRABALHO

TÍTULO: Uma proposta de assessoria aos movimentos de trabalhadores na área da saúde ocupacional - TRILHANDO - BH/MG . Dêlcio da Fonseca Sobrinho, Jandira Maciel da Silva e Adriana Diniz de Deus.

RESUMO : O trabalho apresenta uma proposta de assessoria a movimentos sindicais e a grupos de trabalhadores, na questão das relações entre saúde e trabalho e comenta uma experiência junto a uma escola comunitária de formação de mão de obra, onde, atendendo a uma demanda dos alunos foi ministrado um curso sobre saúde ocupacional abrangendo os temas de acidentes do trabalho, doenças profissionais, saúde mental e trabalho, além dos aspectos legislativos.

A proposta de assessoria a esses grupos de trabalhadores surge do consenso sobre a importância da sua participação na luta em defesa da saúde no trabalho e da necessidade de sua instrumentalização em questões técnicas que subsidiem essa luta.

O grupo de assessoria se compõe de médicos do trabalho, sanitaristas, clínicos e psicólogos, integrantes do setor de Saúde e Trabalho do TRILHANDO, centro de apoio a movimentos sindicais e populares no campo e na cidade.

Autores: Adriana Diniz de Deus
Jandira Maciel da Silva
Delcio da Fonseca Sobrinho

Trata-se de um estudo bibliográfico relativo aos agrotóxicos. Faz-se um questionamento quanto ao seu uso indiscriminado em agricultura, colocando-se em dúvida o discurso da priorização de seu uso, mostrando-se que de 1964-1979 a produtividade das culturas brasileiras teve um aumento de 4,9% apesar do crescimento do consumo da ordem de 5.414% de herbicidas, 584% de fungicidas e 421% de inseticidas. Por outro lado o número de pragas agrícolas que em 1958 era de 193, passou para 593 em 1976. Em seguida abordam-se os efeitos destes produtos sobre a Saúde, comentando-se a questão da intoxicação crônica a que estamos todos expostos apresenta-se dados relativos à presença de DDT em leite, mostrando que valores encontrados em leite materno (0,31mg/kg no México, 0,26 mg/kg no Chile, 2,15mg/kg na Guatemala e 0,14 mg/kg na Argentina) estão acima do limite tolerável em leite de gado que segundo a OMS é de 0,05mg/kg. Observa-se a variação da concentração de DDT em gordura humana desde valores de 3,0 ppm na Inglaterra, 2,2 na República Federal da Alemanha até valores de 7,9ppm no Brasil e 31 na Índia. Conclui-se o estudo ressaltando-se que apenas a luta da classe trabalhadora, que no processo de uma ampla transformação sócio-político e econômica, poderá coibir os interesses das empresas produtoras. Propõem-se que enquanto não se alcançarem as transformações necessárias, a Universidade trabalhe a questão através da elaboração de pesquisas que instrumentalizem os trabalhadores na sua luta relativa à questão.

IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA COMUNITÁRIO EM SAÚDE OCUPACIONAL

Volney de Magalhães Câmara, Daphnis Souto, Luiz Fernando Rangel Tura e Selma Martins

Este programa foi implantado pelo Serviço de Ação Comunitária do Hospital Universitário da UFRJ e apresenta como área programática a Ilha do Governador. Esta região possui um número aproximado de 70 indústrias, quase mil estabelecimentos comerciais, 15 bancos e um aeroporto que se constitui em um pool de empresas prestadoras de serviços. Alie-se a isto o fato de sua delimitação geográfica natural, que enseja uma série de vantagens para um programa em Saúde Ocupacional.

Para que este programa pudesse atender às necessidades dos trabalhadores da região, decidiu-se utilizar uma estratégia comunitária, isto é as principais diretrizes da programação foram definidas pela comunidade da Ilha do Governador, representada por empregados e o pessoal da administração das empresas, pelas instituições voltadas para saúde, pelos órgãos de classe representativos de cada categoria de trabalho e pelos profissionais da área de Saúde Ocupacional. Estas pessoas foram reunidas no I Seminário sobre Saúde no Trabalho da XX RA, que teve como finalidade principal eleger uma comissão comunitária para acompanhar o desenvolvimento de todas as atividades do programa e avaliar os resultados de sua execução.

As atividades iniciais que foram definidas como prioritárias pela comunidade da região, foram: A criação de um Centro para Diagnóstico e Controle de Doenças profissionais; A integração, regionalização e hierarquização da assistência à saúde para o trabalhador na região; O desenvolvimento de programas de educação para a saúde; A criação de programas para atuação da comunidade em prevenção de acidentes e doenças do trabalho; A implantação de um sistema para avaliação das causas de absentismo para oferecer informações sistematizadas do quadro de saúde da população trabalhadora e a realização de um diagnóstico do perfil ocupacional e das condições de vida e trabalho na Ilha do Governador.

A avaliação do desenvolvimento destas atividades será realizada no II Seminário sobre saúde no Trabalho da XX RA, em maio de 1985.

TEMA: SAÚDE E TRABALHO

Título: Modo de Produção e Saúde

Autores: Francisco Eduardo de Campos, Antônio Thomáz G. da Matta Machado, José Afonso Assis Cabral, Anayansi Correa Brenes, Antônio Cândido Melo de Carvalho, Luiz Eduardo do Nascimento.

O projeto, circunscrito ao campo da epidemiologia social, busca descrever o processo saúde/doença de população de trabalhadores em empresa de reflorestamento da região norte de Minas Gerais verificando a correlação entre perfil patológico e processo produtivo.

Durante a década de 70, sob o impacto da aceleração do desenvolvimento das relações de produção capitalistas, a região norte mineira vive um processo marcado por: concentração da propriedade da terra; proletarização de significativo contingente populacional; introdução de novas técnicas de produção, implantadas pela agro-indústria nascente.

O perfil da demanda junto aos serviços de saúde se modifica, sugerindo alterações do perfil patológico desta população.

Definida uma empresa representativa da agro-indústria instalada na região, o estudo se conduz através de: descrição da população agregada segundo características sócio-demográficas; descrição do processo de trabalho da empresa; definição de amostra da população; história da vida ocupacional dos amostrados e, nestes, aplicação de exame clínico padronizado.

O quadro mórbido encontrado atesta a presença, em uma população rural jovem, de entidades nosológicas, em altas taxas de prevalência, consideradas típicas de centros urbanos.

MORTALIDADE E ACIDENTES DE TRABALHO NA INDÚSTRIA ELÉTRICA

SÉRGIO KOIFMAN

VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK

JOYCE MENDES DE ANDRADE

ROSALINA JORGE KOIFMAN

O trabalho tenta elucidar baseando-se na experiência dos eletricitários fluminenses, quais os riscos que a categoria vem apresentando desde a amplitude assumida pelos acidentes de trabalho em seu conjunto, inclusive os não fatais, até o risco de morte existente enquanto grupo profissional específico.

Utilizando os registros de óbitos e os relatórios da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da LIGHT - RJ fornecidos pelo Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Energia Elétrica e da Produção de Gás do Rio de Janeiro, foram estudados durante 1980, o risco de morte e os acidentes na indústria Elétrica, observando-se elevado coeficiente de mortalidade padronizado por idade nos eletricitários assim como elevada mortalidade proporcional por neoplasias.

A análise dos acidentes de trabalho do ramo mostrou uma elevada taxa de frequência e um sub-registro importante dos acidentes sem afastamento do trabalho, uma possível relação dos acidentes com a continuidade da jornada de trabalho e uma maior frequência dos acidentes sob responsabilidade virtual da empresa.

ESTUDO DAS RELAÇÕES TÉCNICAS DO PROCESSO DE TRABALHO EM METALÚRGICA DO GRANDE RIO.

MARCELO, FIRPO; CIDNEI L. BERTOSSI E ANAMARIA TESTA TAMBELLI NI.

Entende-se por relações técnicas do processo de trabalho as relações materializadas sob a forma de ações, normas e regulamentos operacionais que envolvem os elementos fundamentais do processo de trabalho (agente, instrumento e meio de trabalho) numa dada condição (micro) ambiental. O estudo foi realizado em indústria metalúrgica, de médio porte, capital nacional, com média em torno 380 operários, cuja produção se constitui de tubos metálicos, sendo a matéria prima, chapas de aço. Esta metalúrgica fundada em 1941 e até hoje conserva máquinas, instrumentos e processos de trabalho daquela década, tendo havido, entretanto, algumas mudanças no decorrer destes anos. Processou-se a descrição e análise do processo, descendo-se a especificação ao nível do posto de trabalho, desde que julgávamos importante tal nível de detalhamento, tendo em vista uma questão, para nós fundamental, qual seja, a identificação dos riscos à saúde decorrente do processo e de suas condições. Assim, investiu-se também na tentativa de identificar as substâncias, suas reações e resultantes presentes nas várias etapas do processo, tendo sido observadas e medidas a presença de determinados "agentes mórbitos" encontrados no ambiente de trabalho (luz, som, calor, umidade, poeiras, gases) bem como verificados o cumprimento das normas regulamentadoras fixadas pelo Ministério do Trabalho com respeito à higiene, insalubridade e periculosidade no trabalho. Procurou-se, por outro lado, entender a racionalidade de organização do processo de trabalho instalada, levando em conta os critérios operacionais e de riscos à saúde do trabalhador, bem como o funcionamento das diferentes instâncias que no interior de fábrica lidam com o problema da saúde dos trabalhadores em seus aspectos preventivos e curativos (CIPA, Departamento Médico).

O OPERÁRIO, A FÁBRICA E A CIDADE: UM ESTUDO FOTOGRÁFICO
SOBRE AS RELAÇÕES SAÚDE - TRABALHO

MARIZA GOMES DE ALMEIDA.

ANDRÉ LAINO

MARCELO FIRPO

ANAMARIA TESTA TAMBELLINI

A necessidade de documentar visualmente os aspectos relevantes envolvidos na pesquisa das relações entre Saúde e Trabalho desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública, foi desde a elaboração do projeto uma necessidade sentida como fundamental. Julgava-se que as imagens poderiam melhor demonstrar as condições e os fatos marcantes do processo de trabalho e de situações de vivência dos operários por vários motivos. Em primeiro lugar, a imagem nos permite uma aproximação mais concreta da condição humana dos seres envolvidos na teia de relações que buscavamos desvendar; - o objeto de estudo - trabalhador/operário - se despe da abstração coletiva (força de trabalho) e se manifesta na imagem enquanto singularidade que reflete e torna explícitas as conseqüências do processo de acumulação a que está submetido. O cidadão - operário - tem além das mãos, barriga, sexo, olho e olhar que manifestam seu desejo ou sua desesperança. Em segundo lugar, há uma família: problema e solução - a possibilidade de sobrevivência/ a cadeia do compromisso moral. Portanto, a família é elemento importante para o entendimento da vida e do trabalho operário. Sua imagem, a denúncia de condições de vida deterioradas.

Por último, a fábrica estudada, antiga, ainda imponente pra dimensão da cidade, capital nacional, um ente em extinção: seus perigos, suas cores, a matéria prima se transformando, as chapas que viram tubos, os vapores e os óleos e acima de tudo, um clima de intimidação, o ritmo lento do processo poucos homens na produção, a crise, o fantasma do desemprego.

Enfim, acreditamos que a arte revele e expresse com melhor propriedade que os conceitos científicos e os códigos fechados e estreitos da comunicações ditas objetivas do conhecimento elaborado pelas ciências, aquela dimensão do entendimento que resiste às análises que tentam reduzir o sentimento, seja à quantificação de humores, seja à qualificação das relações, quaisquer que sejam. Acreditamos que as imagens por si se expressarão.

DIVISÃO DO TRABALHO E SAÚDE

Marcília de Araujo Medrado Faria - Oscar Manuel
Aires Guimarães - Anadiva Ferreira Alvarenga.

A análise das relações entre saúde e trabalho industrial, e em particular, das condições que as transformações na divisão do trabalho geram para a identificação de riscos de agravo à saúde, é o objetivo deste trabalho.

Observou-se junto a amostra probabilística de 1465 trabalhadores industriais residentes no Município de Cubatão - S.P., a estrutura de empregos com que se relacionam, e seu perfil sanitário entre junho de 1980 e maio de 1981 através de visitas periódicas aos domicílios, atentando-se especialmente à ocorrência de acidentes de trabalho (AT)

A estrutura de empregos no município passou por transformações recentes (foi realizado novo levantamento em 1983), ocorrendo uma redução na participação dos empregos oferecidos pelas "empreiteiras" (empresas prestadoras de serviços às industriais de transformação), que todavia ainda abrangem cerca de 50% dos empregos industriais.

Para o primeiro período a estrutura era a seguinte: - "empreiteiras" 53,9%; indústria siderúrgica 20,8%; indústria de fertilizantes 8,6%; indústria química e petroquímica 5,6%; indústria de refinação de petróleo 3,2%; outras indústrias 7,8%.

A distribuição dos 248 episódios de A.T. referidos mostrou que 68,9% ocorreram entre trabalhadores de "empreiteiras", enquanto 8,7% na indústria siderúrgica; 9,4% nas indústrias de fertilizantes; 3,3% nas indústrias químicas e petroquímicas; 3,7% na de refinação de petróleo e 5,9% nas outras indústrias. Contudo, 52,8% dos A.T. ocorreram na área da indústria siderúrgica, 11,8% nas das indústrias químicas e petroquímicas e 9,1% na de refinação de petróleo e mais: 25,0% dos casos ocorreram em atividades de produção de coque, aço e laminação.

A utilização pelas indústrias de transformação de empresas prestadoras de serviços permite assim, um ocultamento da existência de riscos à saúde nos processos de produção, dificultando o desenvolvimento de ações institucionais de controle.

PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR. UMA EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO MÉDICO SINDICAL.

PAULO MAURÍCIO CAMPANHA LOURENÇO E ANAMARIA TESTA TAMBELLINI.

O estudo do processo e da organização do trabalho de construção naval gerou 15 categorias ocupacionais, nomeadas pelas funções ou profissões mais características de cada grupo e o número de trabalhadores estudados: chapeador-montador (189), soldador (149), mecânico (52), maçariqueiro (50), operador de carga (36), eletricista (35), carpinteiro (29), esmerilhador (26), pintor (28), lixador (20), guindasteiro (16), almoxarife (16), torneiro-mecânico (15), vigilante (8) e jatista (5), no total de 674 trabalhadores.

O quadro de saúde é descrito, entre outras, pela taxa de ocorrência média de acordo com os diversos sistemas fisiológicos: nervoso (61,03), digestivo (56,40), respiratório (46,43), osteo-tendíneo-muscular (32,80), pele (18,55), cardiovascular (16,34), urinário (14,43), ocular (10,82), auditivo (7,76) e endócrino (5,66), e pela taxa média de ocorrência de doenças profissionais (0,41), do trabalho (8,4) e de acidentes de trabalho (80,6).

A melhoria das condições de trabalho repousam, sem dúvidas, em questões técnicas e políticas, como o conhecimento das reais condições de trabalho vividas pelos trabalhadores e da sua capacidade de reivindicação, organizados através de seus órgãos de representação legítimos.

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DAS FAMÍLIAS
DE OPERÁRIOS METALÚRGICOS

JOYCE MENDES DE ANDRADE
ANAMARIA TESTA TAMBELLINI

A pesquisa se propõe a analisar a morbidade de famílias de operários de Indústria Metalúrgica no Grande Rio, levando em consideração os padrões de Morbidade nas diferentes tipologias familiares de trabalhadores inseridos em outros setores da economia.

Para observação do objeto de pesquisa se estabeleceu um estudo de casos-contrôles. Os dados foram obtidos mediante um inquérito domiciliar de morbidade referida através de uma mostra aleatória simples. As variáveis utilizadas apresentaram dois níveis de observação que foram: nível domiciliar - permitiu unir observação a respeito dos padrões de higiene ao nível familiar e o nível individual - com dados a respeito de idade, sexo, migrações, escolaridade, trabalho, morbidade e história gestacional.

Existe por parte do trabalhador, na área pesquisada o temor de que qualquer informação por ele prestada possa ser usada contra ele próprio. O dado do "temor operário" indica que favoravelmente tal repressão que é objetiva, fato externo tinha se processado a um nível subjetivo de auto repressão com reflexos sobre as condições de saúde mental. A perda do poder aquisitivo do salário cria novas estratégias de sobrevivência; seja possibilitando a criação de uma maneira de se relacionar objetivamente com os familiares; seja redefinindo as formas de divisão do trabalho doméstico. A qualificação do operário está relacionada diretamente com a qualidade de vida e seu padrão de consumo. Quanto a morbidade, as doenças agudas tiveram um maior percentual. O relato da história de morbidade da vida do informante esteve relacionada, por exemplo como nível de assistência média prestada e por outro ao nível de prejuízo que os sintomas possam influir no trabalho. Em relação a História Gestacional, percebemos um número razoável de abortos provocados, o alto percentual de mulheres esterilizadas e o total desconhecimento dos métodos contraceptivos.

ACIDENTES DO TRABALHO EM EMPRESA METALÚRGICA DO GRANDE RIO:
1968 - 1982.

ANAMARIA TESTA TAMBELLINI; SHEYLA MARIA LEMOS LIMA; MAURÍ-
CIO DE ANDRADE PEREZ.

Trata-se de descrever os acidentes do trabalho ocorri-
dos em empresa metalúrgica de médio porte, capital nacio-
nal, localizada no distrito de Mesquita, do município de
Nova Iguaçu (RJ) no período compreendido entre os anos de
1968 e 1982. O estudo foi feito pelo levantamento dos aci-
dentes registrados pelo serviço médico da empresa cujos da-
dos foram codificados e apurados por computação. Este re-
gistro, apesar de ter sofrido modificação no período de
1976-1982 em relação ao anterior, manteve entretanto infor-
mações comuns para os dois períodos. No presente trabalho
apresentaremos a distribuição das frequências e medidas de
tendência central dos 1244 acidentes registrados em rela-
ção às seguintes variáveis: distribuição temporal do aci-
dente (ano, mês, dia do mês e da semana, hora do dia, in-
tervalo de tempo entre ocorrência do acidente e início do
trabalho); características dos acidentados (idade, sexo, es-
tado civil, ocupação, nível salarial), descrição do aciden-
te propriamente dito (objeto causador, atividade préviação
e objeto de ação - acontecimento) e conseqüências do aci-
dente (parte do corpo atingido, diagnóstico, tempo de afas-
tamento).

CONDIÇÕES DE TRABALHO E ACIDENTES DE TRABALHO - VERSÃO OPE-
RÁRIA

Simoni Lahud Guedes

O trabalho constitui-se em parte de pesquisa realizada para o projeto "Estudo das Determinações Sociais dos Acidentes de Trabalho", coordenado pela dra. Anamaria Testa Tambellini. Seu objetivo é a investigação das representações coletivas de operários de uma metalúrgica do Est. do Rio de Janeiro sobre as condições e acidentes de trabalho na fábrica, visando a compreensão dos mecanismos que, por parte dos trabalhadores, facilitam ou dificultam a concretização das doenças e acidentes de trabalho.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa, manipulando-se predominantemente instrumental teórico, métodos e técnicas (entrevistas abertas e observação direta) oriundos da Antropologia Social.

Os resultados do trabalho indicam a necessidade absoluta de compreensão do ponto de vista do trabalhador, que sofre o processo, para compreensão dos mecanismos que conduzem aos acidentes, mesmo que a determinação social de tais acidentes seja resultado de processos mais globais que eles não controlam. Conclui-se que há uma clara percepção, pelos trabalhadores, dos riscos gerais e específicos ligados ao processo de trabalho mas que sua atitude frente a tais riscos é mediatizada, por um lado, por fatores externos a este processo, como por exemplo o desempenho do papel social de chefe de família, e, por outro, pela aquisição de um "saber operário" que constrói uma série de atitudes de auto-preservação.

PEQUENA E MÉDIA EMPRESA NO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO BRASILEIRO RECENTE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO FLUMINENSE.

Sonia Regina de Mendonça e Antonio Carlos Souza Lima.

O trabalho que se segue constitui-se em síntese do documento de pesquisa apresentado ao projeto " A saúde do trabalhador e as condições de trabalho na fábrica: um estudo de caso em metalúrgica do Grande Rio ", coordenado pela Dra. Anamaria Tambellini, na ENSP, destinado a contextualizar a referida empresa no quadro geral de funcionamento das pequenas e médias empresas (PMEs) no Brasil.

Buscou-se tratar das condições estruturais de funcionamento das PMEs, em particular de sua dinâmica micro-econômica, destacando-se o estudo do fator trabalho e, de outro lado, da participação relativa deste estrato empresarial nas grandes linhas do desenvolvimento econômico brasileiro recente, especialmente quanto ao caso do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1968-1980.

Para tanto, recorreu-se aos dados estatísticos / dos censos industriais de 1970, 1975 e 1980, de modo a evidenciar, comparativamente, as tendências de desempenho das PMEs e das grandes empresas, a nível nacional e regional, através da análise de variáveis como emprego total, valor da transformação industrial e produtividade relativa.

Concluiu-se que, a nível micro-econômico, contrariamente ao discurso oficial, as PMEs apresentam elevada rentabilidade, fruto de seu caráter intensivo em mão de obra; a nível macro-econômico, destacou-se sua subordinação ao grande capital e às políticas estatais a ele destinadas. Em termos metodológicos, a análise da conjuntura político-econômica surgiu como o campo privilegiado para o entendimento da problemática da industrialização no Brasil e, no seu bojo, da saúde do trabalhador.

A Luta e^m Defesa da Saúde do Trabalhador: As Greves

Metalúrgicas e^m São Paulo

Autores: Marcio A. dos Santos^{Melo}
Hélio Bais^{Martins Filho}
Mario Gawryszewski

O período de julho a outubro de 1984 caracterizou-se por u^ma intensa mobilização na base do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo. Neste período fora^m realizadas 59 grev^{es} com a participação de 26.574 trabalhadores de 56 e^mpre^sas. A maior parte das greves ocorreu nos meses de agosto e setembro tendo como reivindicação principal aumento e/ou antecipação salarial. Entretanto, junto com a questão econômica, e^m u^ma parcela i^mportante destas paralizações, fora^m organizadas pautas de reivindicações pelos trabalhadores onde a melhoria das condições de trabalho e, e^m particular, a proble^mática relativa à saúde, tivera^m papel de destaque. E^m u^ma das fábricas, inclusive, a questão da saúde foi o estopi^m da greve.

No presente estudo será feita u^ma análise do papel assu^mido pela temática de saúde - trabalho nestas mobilizações e a apresentação das reivindicações e conquistas eventualmente alcançadas nos acordos estabelecidos com o patronato no desfecho das paralisações.

"ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE"

RESUMOS

Coordenadores: José Luiz Fiori (Brasil)

Silvia Martha Porto (Argentina)

A DESCENTRALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM BELO HORIZONTE

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais tem como um dos seus objetivos o provimento de atividades de atenção hospitalar complementamente às atividades ambulatoriais prestadas pela Secretaria de Estado da Saúde. Entre estas atividades, insere-se o atendimento às Emergências Médicas, que em Belo Horizonte são prestadas pelo Hospital João XXIII - Hospital de Pronto Socorro.

Sabemos que o atendimento à emergência médicas constitui-se em uma atividade hospitalar muito importante e para o desenvolvimento desta, deve ser organizado um serviço próprio em todo estabelecimento hospitalar.

Em Belo Horizonte o desenvolvimento destas atividades para a população de forma sistematizada se desenvolveu a partir de 1933 com a instalação do primeiro hospital de Pronto Socorro na área central da cidade.

Ao analisarmos o modelo assistencial adotado pelo setor público para estas atividades específicas observamos que ocorreu a concentração dos recursos em uma única unidade de emergência que foi ao longo dos anos sendo replanejada e hipertrofiada.

Paralelamente, isto significou uma hipotrofia destas atividades em outros hospitais do setor público.

Devido a baixa remuneração, alto custo e grande complexidade, o setor privado não foi incentivado ao desenvolvimento destas atividades, ficando praticamente todo atendimento de emergência da cidade a cargo do Hospital de Pronto Socorro.

O gigantismo institucional resultado do excessivo número de clientes demandatários, grande número de funcionários necessários ao atendimento da clientela, alto custo operacional e a grande complexidade gerencial aponta uma outra solução para os problemas de atendimento de urgência: a Descentralização destas atividades.

Contempla-se então um sistema para a cidade de Belo Horizonte distribuídos especialmente em unidades periféricas e Hospital de Base.

Orientamo-nos para esta proposta nas diretrizes seguintes:

- Colocação de equipamentos específicos próximos a clientela facilitando o seu acesso.
- Aproveitamento da infraestrutura dos Hospitais do Setor Público e de sua ociosidade.
- Baixo custo operacional aliado a menor complexidade funcional.
- Sistematização geográfica destas atividades buscando maior facilidade de acesso e incremento da segurança da população.

AUTORES:

Luciano Wagner Ribeiro Reis - Superintendente Hospitalar da FHEMIG
Lincoln Porto de Queiróz - Coordenador do Grupo de Apoio Técnico da SUPEHO
Lídia Maria Tonon da Matta Machado - Membro do Grupo de Apoio Técnico
Responsável pelo Hospital Joao XXIII

1- TÍTULO: ATENÇÃO REGIONALIZADA EM SAÚDE NA ÁREA PROGRAMÁTICA IV DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Domingos Nascimento Alves, Maria de Fatima Martins Pereira e Paulo Roberto Fagundes da Silva

2- SUB-TÍTULO: ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE

3- FINALIDADE: Demonstrar as dificuldades de implantação de um novo modelo de atendimento na área de saúde mental

4- MÉTODO: 4.1- Apresentação dos pressupostos teóricos

4.2- Discriminação do projeto

4.3- Análise dos documentos oficiais do Hospital e de outras Instituições

4.4- Análise do Seminário do 1º ano de funcionamento do Hospital

4.5- Análise das declarações dos usuários

4.6- Análise dos destaques na imprensa leiga e especializada

5- RESULTADOS: 5.1- A valiosa contribuição do projeto do Hospital no projeto de regionalização da assistência psiquiátrica do Rio de Janeiro

5.2- O reconhecimento da eficácia do atendimento no modelo proposto (dados estatísticos)

5.3- O impacto da relativização do "poder médico" no transcorrer da implantação

5.4- As dificuldades institucionais e a recessão na área da saúde

5.5- Os impasses: o rompimento da gestão democrática e a discussão das prioridades: privilegiar a "proposta técnica" ou formular programa com a participação de funcionários e comunidade

5.6- O trabalho comunitário e a integração com os outros serviços de saúde da área

5.7- O envolvimento da comunidade na gestão e fiscalização do projeto

6- CONCLUSÃO: 1- A validade do projeto

2- A não resolução dos empecilhos administrativos e burocráticos impedindo preliminarmente o projeto

3- A dificuldade da relativização do poder entre técnicos e funcionários

4- A prática demonstrando as contradições sobre um pretenso discurso comum

5- A limitação do poder dos usuários na determinação da política de saúde mental

Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Com o objetivo de oferecer ao país um modelo para a transição de um hospital asilar no sentido da modernidade, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu convênio com a Organização Panamericana de Saúde e ofereceu o Centro Psiquiátrico Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, para a experiência piloto. O Centro é um grande complexo que cobre da Urgência à Internação Prolongada, e a equipe contratada pelo convênio, composta por 4 psiquiatras e 2 psicólogos, tem as seguintes funções:

a) Incentivar mudanças institucionais, implementando nova filosofia administrativa e nova política assistencial.

b) Definir os limites de atuação do hospital psiquiátrico, frente às possibilidades internas de transformação, ao papel da institucionalização psiquiátrica e às especificidades da questão "Doença Mental" na população brasileira.

c) Promover integração das unidades entre si, e delas com um forte núcleo de Ensino e Pesquisa, fornecendo simultaneamente subsídios práticos para a transformação assistencial e subsídios teóricos para a reflexão sobre a Doença Mental.

d) Supervisionar cursos de capacitação, supervisionar as ações interdisciplinares e supervisionar redirecionamento do espaço físico às novas funções.

A equipe já elaborou conjunto de sugestões que partem da promessa de que o hospital psiquiátrico público é passível de re-desenho de funções. Em torno do eixo "Tratamento/Treinamento/Pesquisa/Ação Comunitária" e priorizando tratamento ambulatorial, o hospital deve se integrar à rede básica de saúde e criar instrumentos terapêuticos a partir do modo como a Doença Mental se constitui e é representada na realidade brasileira.

O Programa está previsto para 18 meses de duração, dos quais 4 meses já foram transcorridos.

O trabalho procura desenvolver em sua primeira parte um referencial teórico metodológico de análise de políticas estatais de corte social. Através desse referencial, apoiado na construção teórica da noção de perfil de intervenção procura explicitar: as contradições e os múltiplos determinantes das políticas sociais públicas, que impossibilitam relacionar de forma mecânica e direta a ampliação da intervenção estatal nesse campo e a melhoria das condições de vida da população; a necessidade de separarem-se, dentre os múltiplos determinantes das ações governamentais, aqueles fenômenos econômicos, políticos e sociais de ordem mais estrutural e histórica, de outros eminentemente conjunturais.

Na segunda parte analisa-se o perfil da intervenção estatal no campo da atenção à saúde, no Brasil, nos anos 70, destacando suas características principais, dilemas e linhas de transformação. Procura-se demonstrar as articulações dessas características com os contextos econômico, político e social do País, bem como com as transformações que esse contexto apresenta no mesmo período.

O trabalho procura contribuir dessa forma para o debate que hoje se trava a nível nacional, referente à seleção de alternativas para o reordenamento da intervenção estatal em saúde, procurando demonstrar que tal seleção não pode ser vista puramente nem pelo ângulo administrativo nem pelo ângulo técnico, restringindo-se dessa forma às esferas de governo especializadas em atuar no setor.

Endereço: Rua Atenas, 320 - Bairro Ana Lúcia
30.000 - Belo Horizonte.

A TRANSIÇÃO PARA A DEMOCRACIA E AS
POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Autor: Cornelis Johannes Van Stralen

RESUMO:

O trabalho apresenta uma discussão sobre as atuais propostas políticas que estão sendo geradas no Setor de Saúde, principalmente por parte de técnicos deste setor, identificando que a maioria destas propostas dizem respeito mais a conteúdos substanciais do que à reformulação do processo de formulação das políticas de saúde.

Estas propostas são analisadas, levando em consideração a determinação das políticas públicas, pelo regime político.

Esta análise aponta que a materialização das políticas de saúde, antes de se definir por propostas ideológicas, determina-se pela complexa estrutura governamental envolvida no processo de formulação e implementação das políticas de saúde, que consiste de uma série de unidades estatais e atores sociais que historicamente foram cristalizando e materializando determinados interesses.

A partir disto, conclui-se que a transição para democracia impõe em primeiro lugar uma reformulação do processo institucional de formulação e implementação das políticas de Saúde.

Qual a importância do programa de vacinação na melhoria da saúde ou, pelo menos, na redução da mortalidade das crianças ? O presente artigo discute essa questão e foi elaborado, originalmente, para um programa de treinamento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Examina-se a estatística de mortalidade de 1980 no município de Belo Horizonte (capital do Estado de Minas Gerais), dos menores de 1 ano e das crianças de 1 a 4 anos ; os números são confrontados com os do mesmo município meio século antes, com estatísticas atuais de outras capitais de estados brasileiros e de alguns países de capitalismo avançado. Procura-se apoio na literatura corrente, inclusive na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, particularmente no que se refere à área de São Paulo. Aceita-se sem reservas as conclusões, no estudo citado, do Prof. Ruy LAURENTI, segundo o qual a redução na mortalidade das crianças " somente será alcançada através de uma programação global e integrada que envolva, entre outros aspectos, nutrição, saneamento do meio, educação, assistência pré-natal, amamentação natural dos recém-nascidos e vacinação."

A experiência do Autor a partir de 1974, como funcionário da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, permite dizer que, nessa Instituição e nesses anos, tem-se superestimado consideravelmente a contribuição da vacinação na melhoria da saúde infantil. São levantadas algumas hipóteses, com base nessa mesma experiência, para explicar essa superestimação: conveniência para a legitimação política de seus técnicos, da Instituição e, principalmente, do Governo e do Estado; (de)formação científica de seus quadros técnicos; restrição à circulação de informação que não reforce as práticas prevalentes; resistências à melhoria da assistência médica da Secretaria por contrariar interesses econômicos externos - clínica privada e hospitais empresariais.

Há sinais de mudança na tradicional supervalorização das vacinas, tão característica da Secretaria da Saúde. Ajustando-se à crise, a Previdência Social vem restringindo severamente as internações em hospitais contratados à rede privada e, simultaneamente, vem destinando uma fração dos recursos assim poupados à ampliação e manutenção da rede ambulatorial pública. Isto, por um lado, faz parte de uma visão de organização da assistência médica (ampliar os cuidados primários); ao mesmo tempo, delineia uma estratégia de sustentação política da nova orientação da Previdência: garantir o apoio de Secretarias da Saúde, para se contrapor à resistência da medicina empresarial. Aumentam, assim, os recursos da Secretaria de Saúde para a prestação de assistência médica, cujo volume e cuja qualidade passam a ser cobrados de forma cada vez mais frequente, mais detalhada pela própria Previdência, co-financiadora. A própria clientela, espera-se, irá tornando-se cada vez mais exigente, à medida em que for identificando na manutenção da Secretaria os recursos originados de sua contribuição. Nesse contexto, o "monopólio da vacinação" vai sendo demolido, dentro de uma "reorientação institucional" da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Amplia-se consideravelmente o espaço para discussões como a que é proposta no presente artigo : discussões que questionam o papel tradicional que a Secretaria vem assumindo e que, por isto mesmo, podem ser de utilidade ao se delinear uma nova orientação da Instituição.

Não se pretende neste trabalho discutir os determinantes da Política e do Sistema de Saúde. Pretende-se trazer à tona uma breve reflexão sobre o processo administrativo na Política e Sistema de Saúde.

Em determinado momento, em função da conjuntura política, adotou-se uma postura crítica, e paralisante, de que a execução das atividades de saúde estava impossibilitada pelas condições impostas pela Política de Saúde.

A partir de 1975, e mais especificamente a partir de 1980, da 7ª Conferência Nacional de Saúde, essa postura vai ser reavaliada em função das propostas de regionalização, hierarquização e integração de serviços como panacéia para todos os males do Sistema de Saúde.

Por outro lado ao nível do contexto político abre-se a possibilidade, em termos de governos estaduais, de serem implantadas medidas que visavam superar os limitantes ao desenvolvimento do setor saúde.

O que se pretende discutir é a necessidade de se aprofundar uma reflexão sobre os processos administrativos das instituições participantes do Sistema como uma estratégia, não necessariamente determinante, para se alcançar um Sistema de Saúde mais eficiente e eficaz.

O surgimento de planos como o CONASP, e mesmo as decisões de alguns governos estaduais que tiveram que enfrentar problemas emergenciais que exigiam soluções imediatas, indicam a necessidade de se obter uma rápida resposta em termos do atendimento das necessidades de saúde da população. Evidentemente essa resposta não será dada de imediato, tanto pelos determinantes da conjuntura, quanto pelas características da organização do próprio setor.

Entretanto há que se refletir em como desenvolver a instituição pública de saúde, de qualquer nível, de forma que sua administração, técnica e burocrática, esteja capacitada a dar respostas mais eficientes e eficazes frente a uma nova Política, mesmo que restrita.

Algumas instituições tem eleito um ou mais pontos como prioridade de governo, como por exemplo a resolução da questão salarial do médico, ou a contratação de pessoal em número adequado para suprir as necessidades da rede. Outras propostas mais avançadas tem indicado a descentralização da administração dos serviços de saúde, ou até mesmo a municipalização, como medidas importantes para a constituição de subsistemas de saúde municipais e estaduais.

Em alguns estados e municípios, a participação do orçamento das secretarias de saúde em relação ao total tem aumentado de forma significativa, seja pela decisão política dos governos em dar prioridade a este setor, seja pela entrada de recursos adicionais provindos do convênio PAIS-CONASP. Entretanto, tanto este aporte de recursos, como medidas de caráter mais localizados tem se mostrado inócuas para a consecução do objetivo final, que é a prestação de um melhor serviço de saúde às pessoas e à comunidade,

continua-

além de não se ter uma perspectiva de qual o resultado de todo esse esforço.

Há que se analisar quais as causas que determinam um resultado tão inadequado às medidas implementadas. Não é mais possível imputar apenas à conjuntura política as razões para o fracasso das medidas implantadas, é necessário, também, reconhecer que as nossas estruturas organizacionais, técnicas e burocráticas, são inadequadas.

É inegável a relação que existe entre a determinação de se mudar essas estruturas administrativas e a conjuntura política, contudo é importante reconhecer que o desenvolvimento das organizações, particularmente as públicas, tem um tempo e processo de maturação que é relativamente longo. Nesse sentido é que se ressalta a importância de se refletir sobre os processos administrativos das instituições participantes do Sistema de Saúde, com o objetivo de se alcançar uma metodologia para esse estudo e pensar em estratégias que permitam avançar o processo.

Essa reflexão é importante já que o atual momento socioeconômico é crítico e traz em suas questões emergentes a necessidade de respostas rápidas e de alguma forma efetiva.

A ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE SERVIÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Nina Vivina Pereira Nunes (apresentadora)
Paula Hérica Rocha de Azevedo
Maura Taveira e Silva Oliveira
Vania de Matos Fonseca

O trabalho apresenta as diretrizes gerais que fundamentam o desempenho da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro e o desenvolvimento de projeto de intervenção identificado para implementação destas diretrizes.

Basicamente será discutida a experiência de reordenação da rede de serviços de saúde na área de competência da Secretaria Municipal de Saúde, estabelecida a partir das seguintes linhas de atuação:

- 1) organização dos diferentes níveis de atendimento da rede municipal de saúde, e das atividades, atribuições e ações prioritárias desenvolvidas em cada nível de atendimento.
- 2) estabelecimento dos mecanismos gerenciais e administrativos para o controle do desenvolvimento das atividades programadas.
- 3) participação no desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) no Município do Rio de Janeiro.

A CRISE, O CONASP E O PLANEJAMENTO
DE SAÚDE DO INAMPS

AUTORES: MARIA DO ESPÍRITO SANTO TAVARES DOS SANTOS E MARIA
DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI

Trata-se de, a partir da vivência de mais de 1 ano no Departamento de Planejamento de Saúde da Direção Geral do INAMPS, discutir como se deu a implantação do Plano do CONASP no interior da instituição e os seus reflexos sobre o planejamento de saúde.

Apresenta-se, inicialmente, os determinantes políticos do plano do CONASP, ligados à conjuntura de crise econômica e social que se agudizava no momento, e seus reflexos sobre as classes sociais. A partir daí, analisa-se a formação de uma nova hegemonia no interior das classes dominantes, no interior da Previdência Social. Traça-se o quadro de como foi implantada a nova política na direção do INAMPS, nos seus aspectos históricos. As contradições e recomposições com os diversos grupos sociais de pressão na área de saúde são discutidas.

Analisa-se, posteriormente, as transformações que se operaram no Planejamento de Saúde do INAMPS que passou, neste período de acompanhante de metas e custos a implementação da proposta reorientadora do CONASP - as Ações Integradas de Saúde. Coloca-se as limitações existentes entre a nova direção da Instituição e a proposta reorientadora, e a contra-política na conjuntura da sucessão.

O método utilizado foi o de análise de conjuntura à luz do materialismo histórico.

A conclusão é que a crise engendrou uma nova política de saúde, cuja direcionalidade aponta para transformações substantivas no modelo de prestação de serviços. No entanto, a sua viabilidade se encontra na superação do atual modelo econômico e político.

ORIGEM E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - MARCIA FURQUIM DE ALMEIDA BALDIJÃO.

No momento em que passam a ser colocados na prática as Ações Integradas de Saúde (AIS) no Município de São Paulo, fruto do convênio entre INAMPS, Secretaria do Estado da Saúde e Secretaria de Higiene e Saúde do Município, torna-se necessário a discussão das informações as quais serão um dos mecanismos da prestação de contas, planejamento e avaliação destas ações. Com este objetivo realizou-se um breve levantamento do surgimento e da evolução dos sistemas de informações em saúde.

Não existe um sistema unificado de informações em saúde. Os diversos sistemas de informação refletem a produção e o consumo de serviços diferenciados hoje existentes.

A necessidade de formalização de sistemas de informação é colocada em 1967 com Decreto Lei 200, sobre a Reforma Administrativa, o qual viabilizou o processo de transformação das formas de intervenção do Estado brasileiro. Dentre os sistemas de informação em saúde existentes, destaca-se a presença do IBGE que é órgão no Brasil responsável pela coleta e tratamento de dados de registro civil e população.

No nível federal, a política de compra de serviços de saúde privados pelo INAMPS, que se constitui no pólo hegemônico da prestação de serviços, resulta num sistema de informações calcado basicamente na fiscalização e pagamentos de contas. Ainda na esfera federal, o Ministério da Saúde passou a ser um órgão normalizador e coordenador das ações de saúde pública, sendo responsável pelas informações do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Acompanhando o processo existente a nível federal no Estado de São Paulo, a Secretaria de Economia e Planejamento em seu processo de reformulação cria o SEADE-Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos, que será o responsável pelas estatísticas vitais no Estado de São Paulo, e pela organização das informações existentes nos diversos órgãos estaduais, criando o Centro de Informações em Saúde (CIS) na Secretaria de Estado da Saúde, em 1976.

A Secretaria de Estado da Saúde reorganiza e desenvolve ações de saúde pública através de programas, que se constituirão no eixo político de sua atuação, sendo estas informações as que estão privilegiadas dentro de seu sistema de informações, ao lado dos dados do Sistema de Vigilância do Estado.

A Lei Orgânica dos Municípios de 1969, ratificada depois pela Lei 6329 do Sistema Nacional de Saúde, coloca como atribuição da esfera municipal a assistência de urgência e emergência, dentro da qual se desenvolvem as atividades da Secretaria de Higiene e Saúde do Município. Paralelamente à expansão de sua rede de Pronto Socorros e Hospitais voltados à assistência de urgência, há também a expansão dos Postos de Assistência Médica que desenvolvem atividades na área materno-infantil e ações de saúde pública. As informações existentes refletem a sua produção de serviços.

Tendo em vista que as Ações Integradas de Saúde se encontram em fase de implantação é necessário dispor de informações mínimas das instituições envolvidas, necessárias para o planejamento e avaliação. No momento, a proposta de um sistema unificado não se justificaria, uma vez que este deveria refletir a unificação dos serviços, portanto os sistemas de informação existentes devem ser mantidos, porém gerando informações mínimas comuns de fácil acesso aos órgãos executivos das AIS-Comissões Interinstitucionais a nível estadual, municipal e local, (CIS, CIMS e CLIS).

POLÍTICA SOCIAL, DEPENDÊNCIA ECONÔMICA E CRISE (notas da revisão bibliográfica)

O objetivo foi fazer uma breve revisão bibliográfica acerca das principais teorias que explicam a formação econômica e social dos países da América Latina.

Procuramos tratar de forma abrangente ao tema, evitando particularizar a situação de cada país.

Após um breve histórico de temas como: o pensamento econômico da CEPAL, a Teoria da Dependência, e os atuais concertos de Política Social, tentamos apreender a noção de crise econômica.

Dentre outras conclusões, ressaltamos, que os atuais estudos, em sua grande parte, reforçam o discurso da crise econômica, obscurecendo as demais "crises" porque passa atualmente a A.L. principalmente a crise política e social.

A. Autor: Silvério Almeida Tundis

PAULO SERGIO CARNEIRO MIRANDA

Rua Stella de Sousa, 355/202

Bairro - Sagrada Família

30 000 - Belo Horizonte-MG

TÍTULO: A Saúde do "Jeca", ou a (des)preocupação do Estado com a saúde da população rural brasileira.

Autor: Paulo Sergio Carneiro Miranda

1- FINALIDADE DO TRABALHO:

O trabalho objetiva apresentar um breve resumo histórico da (des)preocupação do Estado com a saúde da população do campo, caracterizando o tipo de atenção médica prestada ao trabalhador rural, esclarecendo seus condicionantes e suas perspectivas.

2- MÉTODO:

Pesquisa histórica (documental)
Entrevistas.

3- RESULTADOS

O autor conclui que o Estado considera o trabalhador do campo um operário diferente do da cidade e, em função disso, concede-lhe uma atenção desigual. E que o tipo de atenção dada a um trabalhador não está condicionado pelas suas necessidades mas sim por seu papel na estrutura produtiva e seu poder político e reivindicatório.

ANTONIO LUIZ CALDAS JUNIOR - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - (UNESP) - SÃO PAULO.

Apesar do destacado papel que a população e a economia rural desempenham no seio das sociedades latinoamericanas, as políticas sociais, inclusive de saúde e previdência, tem marginalizado os trabalhadores rurais, seja pela omissão, seja pela precariedade das medidas propostas e executadas. Poucos também são os estudos dedicados ao tema, quando comparados àqueles referentes à população urbana. A presente pesquisa objetiva contribuir para conhecimento e análise do desenvolvimento das políticas de assistência e previdência social rural no Brasil tendo em conta suas relações históricas com: a) a organização da estrutura social brasileira, em particular, da estrutura agrária; b) o caráter do Estado brasileiro e de suas políticas sociais; c) as classes sociais, sua organização e ações. O método utilizado consta de: a) revisão das informações acerca da estrutura social brasileira, com especial ênfase ao Estado e aspectos relativos à estrutura agrária; b) reconstrução do quadro de desenvolvimento das políticas de previdência e assistência social rural; c) obtenção das impressões, idéias e propostas que diferentes grupos sociais têm a respeito do tema. Além da revisão de livros e periódicos, foram consultados documentos oficiais que permitiram reconstruir todo o quadro de leis, decretos e outros atos oficiais (63 no total) referentes ao assunto, abrangendo o período de 1888 a 1981. Mediante o emprego de entrevistas e questionários, obtivemos o depoimento de Senadores e Deputados da República, de 12 Federações e algumas dezenas de Sindicatos de Trabalhadores Rurais. Outra fonte de documentação é constituída por boletins, manifestos, recortes de jornais que somam mais de uma centena. Embora a pesquisa ainda esteja em andamento, alguns resultados provisórios permitem identificar três períodos no desenvolvimento da assistência e previdência social rural: a) até 1930, quando surgem as primeiras referências à proteção do trabalhador rural; b) de 1930 a 1963, período de grande desenvolvimento da Previdência Social urbana, e de inúmeras tentativas de criação da Previdência Social rural, culminando com a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963; c) de 1964 aos dias atuais - consolidação da Previdência Social Rural (Funrural) dentro do novo modelo de previdência vigente no país (centralização política e administrativa, privatização de serviços, etc.). Algumas conclusões também parciais, já podem ser tiradas: a) a Previdência Social Rural teve no Brasil um desenvolvimento precário e retardado quando comparado à urbana; b) as tentativas de instituição da Previdência Social Rural (1945, 1954, 1955 e 1963) guarda estreita relação com crises políticas, aparentando uma possível redefinição das alianças de classe, em geral, e, em particular, uma valorização do papel que camponeses e proletários rurais teriam nos embates políticos que se travavam; c) a lei que criou o PRORURAL, em 1971, instituindo de fato, o atendimento médico previdenciário ao trabalhador rural, longe de ampliar conquistas, só fez restringir aquelas já asseguradas pelo Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963.

Maria do Socorro Silva Lima,
profª Assistente da Universi-
dade Federal do Rio Grande
do Norte/Depto. de Saúde Co-
letiva e Nutrição-cx. postal 1
244.

O trabalho analisa pelo método histórico, as distorções entre as pretensões e as práticas do PRONAN, à luz das políticas centrais. Discute as estratégias que o Estado brasileiro vem utilizando para contornar a questão nutricional da população, no espaço do Rio Grande do Norte.

Discute a partir das análises dos dados, o fortalecimento da Linha de Implementação Alimentar em detrimento das demais linhas previstas no PRONAN, apontando para sua baixa cobertura alvo e nutricional além dos critérios de seleção clientelistas. A desativação da linha de Apoio ao Pequeno Produtor, onde revelou-se a marginalização da participação comunitária nas atividades de atenção primária, previstas no programa.

A apreensão de que o programa de Alimentação do Trabalhador configurou-se num sustentável pretexto institucional ao fortalecimento e à lógica do capital na indústria e não às finalidades sociais previstas para classe operária.

Revela ainda o estudo que as propostas do PRONAN de proteção específica, da linha de Atividades de Apoio, visando o combate de doenças carenciais controláveis também não foram cumpridas, inclusive as previstas por lei.

Conclui pela caracterização explícita da desarticulação das práticas do PRONAN com as reais determinações estruturais da desnutrição em todas as suas linhas e aponta para a expectativa política atual de se reformular as políticas sociais e, a partir dessa reformulação, um planejamento que contemple a articulação da política de produção, comercialização e compra dos alimentos com a política salarial. Sugere ainda alguns itens que poderiam incorporar-se à política nacional de saúde, tais como a Vigilância Nutricional e algumas medidas de proteção específica de combate a carências nutricionais, de eficácia largamente comprovada.

RUMOS PARA UMA POLÍTICA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
EM SAÚDE

Marília Bernardes Marques

Cristina Possas

Maria Elide Bortoletto

Partindo de uma reflexão sobre questões relativas à pesquisa e à produção tecnológica em saúde no Brasil e, em particular, no Estado de São Paulo, as autoras pretendem fornecer subsídios à discussão da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (C&T) em Saúde na transição democrática.

Tomando por base o mapeamento das Organizações que compõem o setor de C&T em Saúde no Estado de São Paulo e efetuando uma revisão da literatura especializada em ciência, tecnologia e desenvolvimento e de documentos oficiais, traçam as principais características, especialmente observadas a partir da década de 70, das Políticas Científicas e Tecnológicas no País.

A interferência crescente do Estado em C&T e as questões correlatas, relativas à definição das prioridades de investimento e critérios de alocação de recursos, são consideradas. A definição de prioridades remete por sua vez à consideração da divisão social do trabalho de pesquisa na área da saúde e à necessidade de revisão, à luz das concepções existentes na comunidade científica, do conceito de pesquisa social.

CARMEN FONTES DE SOUZA TEIXEIRA
Rua da Paz, 34, ap.502. GRAÇA
Salvador-Bahia-BRASIL. 40 000

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
NA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (TEIXEIRA, Carmen
Fontes de Souza; REHEM DE SOUZA, Renilson; MATOS NUNES, Tâ
nia Celeste; SIMÕES, Anete Pereira).

Com o objetivo de analisar o processo de institucionalização do planejamento e formação de recursos humanos em saúde na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, realizou-se um estudo das práticas institucionais no período compreendido entre 1973 e 1979. Tomou-se como objeto de estudo as mudanças ocorridas no conteúdo e na forma de organização das práticas do Centro de Treinamento -CETRE- especialmente a partir da implantação dos Programas de Extensão de Cobertura. A coleta de dados implicou na leitura de documentos e artigos referentes ao processo, bem como na sistematização da experiência dos autores, três dos quais participaram direta ou indiretamente das atividades desenvolvidas no referido órgão. A análise norteou-se pela identificação dos projetos políticos em jogo quanto à organização dos serviços de saúde em geral e aos recursos humanos em saúde em particular. Desdobrou-se no exame da polarização dos agentes institucionais, as lutas travadas no interior da instituição e seus efeitos concretos nas práticas de planejamento e formação de pessoal. Os principais resultados apontam a ocorrência da difusão e inculcação do discurso racionalizador, "modernizante", cujo eixo ao nível do CETRE foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde -PPREPS. Concluiu-se que a institucionalização das práticas de planejamento e formação de pessoal faz parte do reaparelhamento das instituições estaduais de Saúde vinculadas ao Ministério da Saúde, no sentido de capacitá-las a gerir a política estadual de saúde, obedecendo, nesse sentido, a um projeto de reforma dos sistemas de saúde, articulado a uma busca mais ampla de reorientação das políticas sociais do Estado face à crise evidenciada já na conjuntura pós 73/74.

67
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: PROPOSTAS ALTERNATIVAS
AO MODELO ASILAR. Maurício Roberto Campelo de Macedo

A década de 80 inaugurou, no Brasil o surgimento de um debate sobre a instituição psiquiátrica, que transcendeu os seus muros cerrados, ganhando fórum no interior das sociedades civil e política. A ampla divulgação das questões que eram colocadas — em particular as críticas ao modelo asilar de atenção psiquiátrica — as deslocavam do espaço restrito da produção acadêmica, adquirindo o estatuto de notícia, veiculadas pela imprensa; pelos órgãos de comunicação de massa. Nesse momento, resurgem modelos de atenção psiquiátricos, que se apresentam como propostas alternativas ao modelo asilar, hegemônico, e que o colocam em "xeque".

O objetivo deste trabalho é o de tentar contribuir para subsidiar este debate, que se encontra em curso, ao analisar a emergência e o desenvolvimento da ofensiva preventivista da psiquiatria brasileira, enquanto projeto de reorganização das práticas psiquiátricas e como concretização de práticas assistenciais que se apresentam, num determinado momento histórico, como alternativas ao modelo asilar da loucura.

Observamos, numa perspectiva histórico-estrutural, a permanência do asilo como modelo de atenção psiquiátrica hegemônico, apesar das críticas, que surgem sempre em momentos de crise política e institucional. Estas, correspondem ao surgimento de novos modelos de atenção, expressão de projetos políticos dominados no interior da estrutura de poder do Estado e das instituições. Daí, a sua emergência conjuntural, sempre que o modelo hegemônico se encontra ameaçado pelas transformações que historicamente se produzem na cena política.

APRESENTADOR: ALCIDES RABELO COELHO
ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS DA TRINDADE

TÍTULO: REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE
SANTA CATARINA/BR.

AUTOR: ALCIDES RABELO COELHO

O referido trabalho tem por finalidade e objetivo descrever e analisar o sistema regionalizado de Saúde Pública do Estado sob determinados critérios de administração sanitária. Reporta ao ano de 1973, quando da implantação do "Projeto de Reorganização dos Serviços de Saúde Pública", até à fase atual do "Plano de Ação Integrada de Saúde".

Como material e método foi utilizado pesquisa de campo realizada em 1979, segundo a técnica de questionário ou inquérito conforme os universos e populações amostrais previamente definidos. Outros dados e informações foram coletados a nível dos órgãos sanitários do Estado.

Os resultados são apresentados segundo os aspectos e critérios de: a) identificação, b) área de atendimento, c) planta física, d) recursos (materiais, financeiros e humanos), e) funcionamento das unidades sanitárias locais de acordo com as tipologias e dos centros administrativos regionais de saúde.

Com tais resultados foi possível chegar às seguintes conclusões:

- a) Os serviços estaduais de saúde pública não cumprem os referenciais básicos de regionalização;
- b) Constata-se um distanciamento entre o discurso dos documentos oficiais em relação ao efetivo desempenho institucional;
- c) O conhecimento e a análise da atual estrutura organizacional dos serviços de saúde demonstram a urgente necessidade de uma intervenção nesta realidade mediante os rumos de uma política democrática de saúde com a real participação do povo no sentido de transformar a atual prática médico-sanitária e suas vinculações com a ideologia vigente.

DESENVOLVIMENTO E SAÚDE - A POLÍTICA DE SAÚDE DO GOVERNO BRIZOLA NO RIO GRANDE DO SUL, 1959-62.

Soraya Maria Vargas Côrtes

O trabalho tem o objetivo de analisar a política de saúde do Governo Brizola no estado do RS, no período 1959-62.

Realiza uma caracterização do pensamento cepalino, enquanto ideologia do desenvolvimento, ressaltando a concepção de saúde nele expressa - através do chamado "método CENDES/OPS" - que é nitidamente economicista, sendo a promoção da saúde tida como secundária.

A seguir analisa o processo de desenvolvimento nacional, no qual, despontam, fundamentalmente dois projetos: o "associado" e o "autônomo"; que embora difiram quanto a estratégia industrializante a ser adotada, partilham de inspiração ideológica comum: o pensamento cepalino. O tipo de desenvolvimento efetivamente implantado é descrito, e é identificado o "papel" da economia do RS neste contexto, bem como o modo pelo qual os diferentes projetos de desenvolvimento estaduais se relacionam com o contexto nacional, destacando e caracterizando a adesão do Governo Brizola ao projeto "autônomo".

Em seguida realiza uma reconstituição histórica da política nacional de saúde e dos serviços de saúde do Governo do RS, relacionando-a, sempre, ao tipo de desenvolvimento capitalista vigente no país a cada conjuntura.

A política de saúde do Governo Brizola é, então, analisada. Inicialmente identifica os órgãos componentes do setor saúde estadual: Departamento Estadual de Saúde/Secretaria da Saúde, Diretoria de Produção Animal, Diretoria de Saneamento; e descreve suas atividades. Depois, através da análise dos Balanços Gerais e Relatórios do Governo do RS, constata a reduzida importância atribuída ao setor saúde e que os maiores gastos foram realizados naqueles setores que a ideologia do desenvolvimento apresentava como prioritários. Analisa, em seguida, os gastos por Unidade Administrativa - correspondendo a um bloco de atividades médico-sanitárias homogêneas e relacionadas, tais como saúde mental, materno-infantil, tuberculose, etc - componente do setor saúde, identificando sua hierarquia de importância, em termos de verbas recebidas. Compara, ainda, estes gastos com os do período de Governo anterior, constatando que no Governo Brizola houve uma redução uniforme - em todas as Unidades Administrativas - dos mesmos. A explicação para o "descaso", do Governo em foco com o setor saúde é encontrada no projeto de desenvolvimento de inspiração cepalina, no "momento" desenvolvimentista nacional e, no "lugar" secundário assumido pelo setor saúde estadual em relação a política nacional de saúde, face a sua vinculação com o sub-setor de saúde pública nacional.

A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DA ESQUISTOSSOMOSE NO
BRASIL: EXEMPLO DE COLONIALISMO INTERNO?

LUIZ JACINTHO DA SILVA, Caixa Postal 6019 - UNICAMP,
13.100 - CAMPINAS, SP.

Faz-se uma análise da evolução do conhecimento acerca da esquistossomose no Brasil, desde a sua descrição inicial em 1908 até o final da década de 1960, traçando um paralelo com a evolução de seu conhecimento em outras partes do mundo, particularmente na África e suas relações com a evolução do colonialismo desde o final do século passado.

O interesse pela esquistossomose fora do Brasil se vincula com os diferentes interesses dos impérios colonialistas, particularmente em épocas de guerra. Mesmo assim, o interesse pela esquistossomose é relativamente reduzido até o final da II Guerra Mundial, quando as relações entre as colônias e as metrópoles sofrem importantes mudanças.

Ainda que, aparentemente, a evolução do conhecimento e interesse pela esquistossomose no Brasil apresente a mesma tendência, os determinantes desta evolução foram diferentes.

Durante quase quarenta anos a esquistossomose foi relegada a um quase esquecimento pela comunidade científica brasileira e pelas autoridades sanitárias, sendo considerada como um problema menor de saúde pública. Com a industrialização e urbanização do Sudeste brasileiro a partir da década de 1940, e os importantes movimentos populacionais que acarretou, a esquistossomose passou a ser reconhecida como problema sanitário importante.

Neste trabalho procura-se analisar os determinantes políticos e econômicos da elevação de uma endemia à categoria de problema de saúde pública nacional, mostrando que, no caso particular da esquistossomose no Brasil, estes se ligam às relações colonialistas existentes entre o Sudeste desenvolvido e o Nordeste subdesenvolvido.

Nome do Apresentador: Francisco de Assis Machado
Endereço: Rua Roquete Mendonça, 711 - São José
Pampulha - B.H.

OS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DE COBERTURA - UM EXERCÍCIO
INTERPRETATIVO

Autores: Francisco de Assis Machado

Déa Maria da Fonseca

Carlos Tadeu Villani Marques

Roseli da Costa Oliveira

RESUMO:

O trabalho apresenta um exercício de interpretação dos Programas de Extensão de Cobertura de Serviços de Saúde, fundamentais nas idéias de Atenção Primária, idéias que passam a ser adotadas pela O.M.S. após a década de 60. Nele, procura-se identificar as questões básicas que justificam, na América Latina e no Brasil, a implantação de tais programas, apontar os elementos históricos que vão definir o processo de busca do modelo brasileiro de Atenção Primária e descrever o modo pelo qual os atores sociais se manifestam nos experimentos.

Para tanto, o autor utiliza-se da reflexão sobre os antecedentes e a experiência de 4 Programas: Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, Programa de Serviços Integrados do Norte de Minas, Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento e o Programa "Ações Integradas de Saúde" da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

As reflexões levam à conclusão de que os Programas de Extensão de Cobertura de Serviços de Saúde, no Brasil, constituem-se ensaios ou versões de um Projeto maior que busca o modelo mais eficiente de produzir serviços médicos. O processo da definição do modelo, mais conveniente à economia, caracteriza-se pela incorporação, em cada ensaio, dos aspectos resultantes do confronto de forças que ocorre, na sociedade, negando o ensaio anterior.

AS AÇÕES INTEGRADAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SITUAÇÃO ATUAL/PERSPECTIVAS

A necessidade de disciplinar os serviços de saúde no país foi reconhecida pela Presidência da República já em 1975, quando promulgou, sob o nº 6229, a lei em que o Congresso Nacional dispôs sobre a Organização do Sistema / Nacional de Saúde.

A despeito desse evidente empenho em organizar e disciplinar a atuação dos órgãos do setor público no campo da proteção da saúde, tem ocorrido o agravamento das deformações de uma atividade que cada vez mais enfatiza a utilização de tecnologia sofisticada e hospitalização em detrimento das ações preventivas e da atenção primária tão necessária à proteção da saúde.

Desde essa época, contudo, vários foram os programas sugeridos para tentar revalorizar os cuidados primários na proteção da saúde. Essa filosofia de trabalho foi sintetizada e apresentada pelo CONASP no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado em agosto de 1982, no qual se dá a necessária ênfase às ações primárias de saúde e à integração das instituições de saúde.

O presente trabalho tem por finalidade descrever/ a implantação das Ações Integradas de Saúde, como a principal estratégia do plano do CONASP, no Estado do Rio de Janeiro.

Autores: Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva
Benedito Raul Gonçalves Marques
César Cereja Chicayban
Guilherme Sampaio Ferraz
João Regazzi Gerk
Joice Aragão de Jesus
Lucia Regina Souto Noronha
Maria Manuel Pinto Carneiro Alves dos Santos
Murilo Villela Bastos
Nilacyr Barreto da Silva
Raimundo Alexandre da Costa Filho
Regina Maria de Aquino Xavier
Roberto Parada
Maria de Lourdes de Souza Maia
Gladston José de Paula Santos
Mauro Cesar Calvo
Pedro Ernesto Simão



O PLANO DO CONASP COMO EXPRESSÃO DE CORRENTES IDEOLÓGICAS DIVERSAS

Este trabalho se propõe a analisar os conflitos e a busca de hegemonia das diversas tendências ideológicas presentes no decorrer da evolução da prática médica quer num dado momento histórico de crise (1982), determinado em grande medida por fatores externos ao próprio setor saúde, se vêm compelidas a consubstanciar seus interesses num projeto para a reorientação do modelo assistencial, traduzido no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, chamado Plano do CONASP.

Foram identificadas três grandes tendências que, em maior ou menor grau, estão presentes na estrutura de poder que configura o atual quadro do setor e que são assim caracterizadas:

1) Tendência Conservadora - representada por duas vertentes:

- a dos empresários de saúde, basicamente de capital nacional;
- a modernizadora - privatizante - representada pelos empresários de medicina de grupo.

2) Tendência Liberal - que defende os interesses dos profissionais liberais hegemônicos nos primórdios da prática médica brasileira e que a partir da evolução do processo produtivo no país vão paulatinamente perdendo seu status de corrente hegemônica (AMB).

3) Tendência Reformista - representa os grupos de interesses voltados para compromissos mais ligados ao povo brasileiro, enquanto uma população que não vê aten-

didadas suas necessidades básicas de saúde. É deste segmento que se originam propostas mais progressistas, as quais partem de uma lógica de priorização do setor público, estatal na prestação dos serviços de saúde, tentando introduzir na prática institucional a preocupação efetiva de atendimento à saúde da população que outras tendências só assumem a nível de discurso oficial.

Analisa-se os confrontos/conflitos que se expressam, a nível do aparelho de Estado, através das diferentes propostas surgidas de tais tendências no período 1974-1984, materializadas nos diversos planos e programas. Destes serão analisados: Plano de Pronta Ação (PPA), Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS), Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e PREV-SAÚDE.

Examina-se particularmente a hipótese de que diversas imagens-objetivo estão expressas no Plano CONASP/AIS, determinando direcionamentos contraditórios que têm correspondência com a estrutura de poder do setor.

Conclui-se discutindo a viabilidade de uma proposta de mudança do setor, à luz do interjogo de forças sociais presentes na conjuntura de transição democrática.

Adolfo Horácio Chorny
Iara Maria Menezes
Iluminada Genao de Mauricio
Nancy Peña de Bisonó
Selma Aparecida de Sousa Martins
José Luis Lopez Lopez
Flávia Neves de Medeiros
Ilara Hammerli Sozzi de Moraes
Pedro Israel Cabral de Lira

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL EM UM CENTRO DE SAÚDE
DE

Autoras: Joaquina de Araújo Amorim, Dionêcia Garcia de Me-
deiros e Rosália Gouveia Filizola

O trabalho relata uma experiência educacional que aconteceu a partir de transformação de um Dispensário de Tuberculose em um Centro de Saúde Escola (CSE) e que teve como ponto de apoio a integração da Universidade com a Secretaria de Saúde do Estado. Os propósitos dessa transformação foram desenvolver atividades docente-assistenciais e ao mesmo tempo, organizar e ampliar o campo de estágio que o aluno pudesse vivenciar os ensinamentos teóricos-práticos, por meio da prática em serviço e de discussões críticas sobre saúde e sistema de prestação de serviços. A experiência na qual participaram alunos do internato de Medicina teve início em 1984 e apresentou algumas dificuldades tais como: maior concentração curricular nas atividades curativas em detrimento das preventivas; ausência de participação da disciplina Saúde Coletiva no planejamento do programa do internato; desmotivação do aluno e problema de ordem técnico-administrativa. A experiência permitiu-nos concluir que há necessidade de participação da disciplina Saúde Coletiva na elaboração do programa do internato; maior integração das outras disciplinas com Saúde Coletiva; elaboração de uma proposta de trabalho com maior envolvimento do corpo docente, discente e a equipe de saúde local do Centro de Saúde Escola.

TEC/ENSP

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ANÁLISE DA ESTRATÉGIA DE
INTEGRAÇÃO INTERINSTITUCIONAL - O CASO DO RIO DE JANEIRO

O presente trabalho tem por objetivo analisar uma das estratégias de implementação das Ações Integradas de Saúde, a integração interinstitucional, dando ênfase às questões relativas às dificuldades de relacionamento e às resistências à integração que se espelham nas relações de poder, assim como nos confrontos de grupos ideológicos ou de interesses.

A importância do estudo dessa estratégia refere-se ao fato de que se trata de um dos aspectos fundamentais a ser cumprido na direção a um sistema único de saúde.

O trabalho se baseia em um estudo de caso realizado no Rio de Janeiro nas três instituições responsáveis pela rede prestadora de serviços públicos de saúde nessa área: Superintendência Regional do INAMPS, Secretaria Estadual de Saúde e Higiene e Secretaria Municipal de Saúde, desenvolvido no decorrer do I Curso Internacional de Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, em 1984.

Contempla a análise de três dimensões:

- o primeiro nível se refere ao perfil estático das três instituições envolvidas no que concerne a sua estrutura formal;
- o segundo se relaciona à dinâmica das instituições analisando-se as variáveis organizacionais de cada uma delas, especificamente em relação ao processo decisório existente e respectivos grupos de pressão;
- o terceiro nível discute os aspectos relativos à integração propriamente dita e como

ela é vista sob a óptica de cada uma das instituições envolvidas.

A metodologia utilizada baseou-se em: entre - vistas abertas com roteiro prévio com elementos inte_gran_tes dos diversos níveis hierárquicos da estrutura das instituições e estudo de documentos formais.

Como resultado desse estudo foi identificado um conjunto de dificuldades capazes de opor resistência à integração das instituições e portanto de retardar o processo em direção a uma integração efetiva do setor público.

Susana Esther Badino
Fidelia Bustamante Moncada
Maria Carmelita Henriques Achcar
Maria Nilza Rodrigues Machado
Trajano Paulo Caldas
Lia Botafogo
Virginia Maria Leite de Almeida
Luzia Souza Passos
José Vicente D'Aquino
Rildée de Moura Mainart

SUMÁRIO

A difusão de críticas à tecnologia médica tiveram na primeira metade dos anos 70, um certo impacto, o qual gerou uma série de discussões e objetos de pesquisa alternativas.

Não obstante, foi pequeno o avanço sobre o conhecimento dos mecanismos e estratégias através do qual se expande o chamado "Complexo Médico Industrial". Mais ainda, a nível da planificação de saúde, o diagnóstico da incorporação caótica da tecnologia médica, não é acompanhado de nenhuma medida que trate a tecnologia como variável de planejamento.

A importância da tecnologia médica na composição dos custos da atenção médica e o crescimento explosivo destes custos, determinam hoje numa certa premência em libertá-la de sua condição de parâmetro.

O texto expõe algumas idéias iniciais na direção deste objetivo.

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ANÁLISE DE VIABILIDADE

Este trabalho pretende avaliar a viabilidade da implementação das ações integradas de saúde, à luz do exame do papel desempenhado pelas diversas forças sociais e instituições envolvidas.

A proposta de ações integradas de saúde é entendida como a manifestação atual de uma estratégia de longo prazo para a introdução de reformas no setor saúde, caracterizada pela unificação do sistema de saúde sob hegemonia do setor público.

Analisa-se o papel de alguns dos atores envolvidos enquanto aliados ou oponentes desta estratégia: o setor governamental (federal, estadual e municipal), o setor privado representado pela Federação Brasileira de Hospitais e Associação Brasileira de Medicina de Grupo, o capital financeiro interessado no setor, as indústrias de equipamentos médico-hospitalares e farmacêuticos, as entidades de categorias profissionais, os partidos políticos, outras organizações sociais, e a população.

Visando inferir se a apropriação diferencial dos recursos expressa o jogo das forças acima referidas, analisa-se o tratamento distinto, em termos de remuneração e percentuais de reajuste, dado à rede privada, universitária e governamental. Assim, os reajustes determinados para o setor privado são cotejados com os destinados aos convênios de Ações Integradas.

A metodologia utilizada no trabalho é a análise do discurso das forças sociais e instituições envolvidas na implementação das ações integradas de saúde, através do exame de documentos oficiais, de dados de financiamento do setor, de publicações de entidades de classe, do setor privado, da indústria farmacêutica e de equipamentos, de

entrevistas abertas com dirigentes dos diversos setores, etc.

Foram utilizados também depoimentos de representantes de entidades e debates realizados durante o Curso Internacional de Planejamento de Sistemas Integrados de Saúde.

Conclui-se apontando alguns condicionantes da viabilidade da estratégia de unificação do sistema de saúde sob hegemonia do setor público, considerando a conjuntura de transição para a democracia.

Dalton Mario Hamilton
Iara Padilha Thives
Yolanda Romero Silva
Cláudio Alencar do Rego Barros
Maria das Graças Barbosa Peixoto
Fenelon Gomes Cardoso
Maria Ocirema da Silva Gomes de Oliveira
José Rubem Ferreira de Alcântara Bonfim
Pedro Gabriel Godinho Delgado
Regina Maria de Aquino Xavier



AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: DIFICULDADES DE OPERACIONALIZAÇÃO

Sarah Escorel

O trabalho visa analisar a mudança de relacionamento entre o INAMPS e a Secretaria Municipal de Saúde a partir da assinatura do convênio para implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no Município do Rio de Janeiro. Descreve a mudança de relacionamento e as dificuldades de coordenação e implementação das AIS. Discute os objetivos do programa e a realidade das ações a partir de sua possibilidade concreta de operacionalização dada pelas características constitucionais e sua conformação conjuntural. Examina o novo relacionamento estabelecido e a "mudança" de papéis entre as instituições do setor público de saúde. Parte da necessidade da expansão do setor público para o desenvolvimento do modelo privatizante da assistência médica previdenciária. Discute as Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia de hegemonia do INAMPS no conjunto de instituições - públicas e privadas - de saúde assim como instrumento de hegemonia do setor público dentro do modelo de assistência médica previdenciária.



MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - FORMULAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA

SONIA MARIA TERRA FERRAZ

A autora aborda a questão da municipalização dos serviços de saúde como uma estratégia de reorganização do setor saúde, que inclui a descentralização, a regionalização, a extensão da cobertura e a participação da população no planejamento e decisões para o setor.

Analisa a viabilidade e factibilidade da estratégia proposta, colocando quatro pressupostos básicos a serem considerados: 1) necessidade de reforma tributária; 2) fortalecimento do poder político municipal; 3) necessidade de organização e participação popular; e; 4) estruturação técnico-administrativa da administração municipal.

Discute a responsabilidade que o nível estadual desempenha no processo, assessorando técnica e administrativamente o nível municipal, estabelecendo mecanismos de gerenciamento conjunto e co-gestão, como uma etapa intermediária e ainda, garantindo a hierarquização dos serviços a nível regional.

Enfatiza a preocupação com o caráter político da questão, que se não entendida pode inviabilizar a médio e longo prazo, o objetivo proposto.

Conclui que, o momento atual, exige reflexão sobre a estratégia proposta, porém não uma reflexão meramente teórica e sim à luz das experiências concretas que estão sendo vivenciadas.

Sugere o aprofundamento sobre o caráter político de modo a que a municipalização não seja encarada como uma proposta meramente tecnocrática, dissociada da correlação de forças da sociedade e da realidade sócio-econômica e política do País.

AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTEGRAÇÃO "ESTADO-MUNICÍPIO" EM
ÁREAS CONSIDERADAS PRIORITÁRIAS NO ESTADO DE SÃO PAULO.

MARIA ANGÉLICA GOMES

Frente a uma realidade encontrada no Estado de São Paulo, onde cerca de 250 municípios não contavam com médicos nele domiciliados, a Secretaria de Estado da Saúde passou, a partir de julho de 1983, a desenvolver um projeto de fixação destes profissionais nas referidas Cidades.

Este projeto visa prestar efetiva assistência médica, modificar a imagem dos Centros de Saúde, tradicionalmente associados à distribuição de leite, à aplicação de vacinas e a outras atividades que não a consulta médica. Algumas premissas norteiam o projeto: descentralização, municipalização de serviços, racionalização de recursos, hierarquização e regionalização das atividades.

Decorridos mais de 6 meses desde a assinatura dos primeiros convênios, a avaliação objetiva dos resultados do projeto, tanto qualitativa quanto quantitativa se mostra positiva; os dados de produção mostram que se está viabilizando uma maior cobertura assistencial à população, atendendo conseqüentemente a demanda reprimida, principalmente nas áreas de "crianças" e "adultos".

Os resultados frente aos objetivos qualitativos mostram-se satisfatórios, uma vez que foi possível realmente fixar médicos e garantir assistência permanente nos Municípios, diminuir gastos com transporte e envolver as Prefeituras na prestação de assistência médico-sanitária à população.

Em alguns municípios onde o Centro de Saúde funciona junto com o Serviço de Pronto-Atendimento, verifica-se algumas distorções que estão prejudicando alguns programas, fato que estamos levantando para encontrarmos formas de corrigi-los.

A avaliação desse projeto acaba por abrir novas perspectivas de atuação para a Secretaria de Estado. Naturalmente, a continuidade da avaliação deverá ser um constante balisador para novas experiências.

PLC/LNFP

AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE COMO NOVA POLÍTICA DO SETOR PÚBLICO: ANÁLISE E PERSPECTIVAS

Autores: Rosana Chigres Kuschnir e Eric Jenner Rosas

A necessidade de Resolução ou pelo menos de controle do deficit financeiro da Previdência Social e dos gastos com a assistência médica, trouxeram novamente à discussão um conjunto de propostas de Racionalização e reordenação do setor saúde no país, consubstanciada no Plano do CONASSP. Esse Plano vai desdobrar na proposta de Ações Integradas de Saúde (AIS).

A nível do município do Rio de Janeiro, as AIS vem sendo implementadas através de instâncias de gerências locais que contam com a participação interinstitucional e comunitária.

Este trabalho analisa a situação atual, as dificuldades para implantação das AIS no município, e as possibilidades de que as AIS possam se constituir, além de uma política de racionalização e contenção de gastos, numa estratégia de reforço e hegemonia do setor público na área da saúde e de abrir maiores espaços para a participação popular organizada.

GRUPO DE TRABALHO 3

"A SAÚDE E A LUTA PELA PAZ"

RESUMOS

Coordenadores: Sérgio Arouca (Brasil)

Guilherme Gonzales (Nicarágua)

GUERRA É DOENÇA: A QUESTÃO DA PAZ E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL. Luís David Castiel

O presente artigo discute o descompasso entre a situação da corrida armamentista, a existência de conflitos armados em diversos pontos do planeta e a insuficiente mobilização e participação dos profissionais da Saúde Coletiva nos movimentos de luta pela paz.

Procura ressaltar a importância da crise na América Central para a instabilidade política do continente. Além disso, chama a atenção para um dos principais componentes da pauta de exportações brasileiras: os produtos da indústria bélica nacional. Por fim, o artigo salienta a necessidade imperiosa dos profissionais da Saúde Coletiva participarem mais efetivamente da luta pela paz. Esta participação pode se dar através do engajamento nos movimentos pacifistas que estão se organizando no país.

RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE E A LUTA PELA PAZ

Ulysses de Barros Panisset

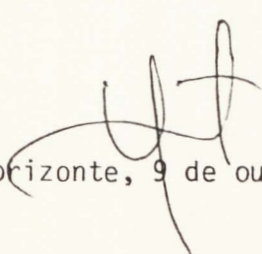
Às vésperas do próximo século, atravessamos um período histórico de transição que pode representar a virada da humanidade para seu autoextermínio ou para paz duradoura, a democracia, a revolução científica e tecnológica e a extensão de seus benefícios a todos, num futuro sem fronteiras.

A partir do entendimento da realidade deste impasse que atravessamos, procuramos analisar a estreita relação da conquista da saúde dos povos e da paz mundial, como consequência de um mesmo processo evolutivo.

Tanto a saúde quanto a paz, em seus sentidos mais amplos, dependem da evolução e da constante resolução das contradições de classe e do estabelecimento de nova correlação de forças a nível internacional que hoje ainda atravam o desenvolvimento global do Homem. Isto se dá tanto a nível do enfrentamento entre países hegemônicos pela grande burguesia internacional e aqueles onde o proletariado e outras forças progressistas assumiram o poder; quanto, e consequentemente de maneira particular na América Latina, a nível da luta de classes em cada país, com todas as suas especificidades.

Procuramos realizar um levantamento bibliográfico do tema, inclusive analisando periódicos jornalísticos, para acompanhar as diversas formas em que a luta pela paz e pela saúde se relacionam direta ou indiretamente, como meio ou como objetivo; seja por exemplo nas conquistas no campo da saúde como fator de estabilidade nas sociedades que iniciaram profundas transformações revolucionárias, como em Cuba ou mais recentemente na Nicarágua; até a ação de profissionais da área de saúde na denúncia dos desdobramentos sombrios do enfrentamento nuclear e do fim da vida sobre o planeta.

Procuramos demonstrar também as transformações, de alguma forma relacionadas com a saúde que se fazem necessárias e que se avizinham no Brasil e o papel até mesmo decisivo destas transformações para o progresso Latinoamericano, com reflexos que acreditamos profundos para o equilíbrio e mudança de qualidade da paz mundial.


Belo Horizonte, 9 de outubro de 1984

GRUPO DE TRABALHO 4 ,

"MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE"

RESUMOS

Coordenadores: Marcio Almeida (Brasil)

Mario Argondones (Bolívia)

IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE REHIDRATAÇÃO ORAL AO NÍVEL DAS
COMUNIDADES : EXPERIÊNCIA DE SÃO JOÃO DE MERITI - RJ .

Araújo, A.J.; Sole Plã, M.A.; Mizrahi, L.D.; Carvalho, R.F. ;
Costa, R.V.; Jesus, J.A. .

Os autores apresentam os resultados preliminares de uma experiência de controle das doenças diarrêicas agudas, a nível da comunidade, utilizando os espaços físicos existentes em Associações de Moradores, Comunidades Eclesiais de Base, Igrejas, Escolas e mesmo residências. O ponto de referência uma Unidade Sanitária - Centro de Saúde Estadual Dr. Annibal Viriato de Azevedo, em São João de Meriti - RJ. O objetivo primordial do programa foi buscar soluções alternativas para o controle precoce da diarréia, já que representa a principal causa de morbi-mortalidade no local, no grupo de 0 a 5 anos de vida. A metodologia empregada baseou-se em sondagem de grupo, estudo exploratório acerca das condições de vida e pesquisa sobre o saber popular no que diz respeito à problemática em questão. Com a participação dos próprios moradores, o município foi dividido em áreas, segundo suas características geográficas, social e organizativa, de suas entidades e a partir daí o trabalho desenvolveu-se de forma progressiva, nas seguintes etapas: a) Contatos com 30 entidades, utilizando suas próprias dinâmicas de reuniões (Assoc. Moradores, Conselho Paroquial, Assoc. Pais e Mestres, etc.), suscitando na ocasião uma discussão sobre o problema: causas, consequências, soluções propostas (gerais e soro oral); b) Discussão das lideranças com suas bases sobre a proposta, indicação dos voluntários; c) Treinamento gradual de 60 voluntários indicados pelas entidades, com métodos de leitura em grupo, sondagem prévia de conhecimentos, discussão do livreto-subsídio e dramatizações, com ênfase nas medidas gerais de prevenção, manutenção da alimentação (em especial o aleitamento materno) e a aplicação do rehidratante oral. A seguir os voluntários treinados, aplicaram um questionário em suas próprias comunidades, com a finalidade de estabelecer um diagnóstico de cada região, sendo os dados avaliados com estudantes do 2º grau do local. À medida em que ocorria o treinamento, os Postos Comunitários de TR0 eram escolhidos em forma gradativa, pelas próprias entidades, entrando em funcionamento 9 (nove) postos em março/84 e já alcançando 31 (trinta e um) em setembro do corrente ano. A supervisão e avaliação ocorre mensalmente, ocasião em que há reciclagem, troca de experiências entre os grupos e há a entrega da estatística mensal e abastecimento dos postos. Com 6 meses de implantação, o programa já atendeu a 600 crianças sendo encaminhadas menos de 2% para a Unidade Sanitária. Concluímos ressaltando que a adoção ampla da rehidratação oral, a nível da própria comunidade, utilizando mesmo as residências de voluntários treinados, com fonte de referência no local, poderá reduzir a mortalidade por diarréia.

PRÁTICAS E COSTUMES POPULARES NA CONCEITUACÃO E CUIDADOS
RELATIVOS À DIARRÉIA E À DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS:

ESTUDO EXPLORATÓRIO EM SÃO JOÃO DE MERITI - RJ - 1984 .

Araújo, A.J., Sole Plá, M.A., Mizrahi, L.D., Carvalho, R.F.,
Jesus, J.A., Vieira de Araújo, V.L. .

Os autores analisam a doença diarréica, numa visão a partir de conceitos obtidos do saber popular, em uma pesquisa realizada na própria comunidade, por agentes de saúde, abrangendo um universo amostral de 753 famílias, distribuídas em todos os bairros de S. J. Meriti - RJ . O objetivo deste estudo, foi de iniciar um Programa de Terapia da Diarréia por Rehidratação Oral, com ampla participação comunitária, na discussão, divulgação e implantação, visando atingir crianças menores de 5 anos. A pesquisa contou com a colaboração de entidades representativas da comunidade (Associações de Moradores, CEBs Escolas, etc.) as quais indicavam os voluntários para o treinamento básico. O instrumento de avaliação foi um questionário com perguntas abertas e diretas (estas, de natureza sócio-econômica, motivo de outro trabalho). Os resultados foram condensados neste resumo e traduzem o pensamento das mães entrevistadas. Quanto à definição de "diarréia", 41,5% atribuíram à qualidade (fezes moles, líquidas); 27,4% pela quantidade (volume, tempo); 22,2% ao surgimento de outros sinais/sintomas (febre, vômitos, moleira funda) e 8,9% de outras maneiras. Já em relação à primeira atitude diante da diarréia, 63,4% referem cuidar da criança em casa - recorrendo a chás (broto de goiaba, preto, etc.), dieta, soro oral e remédios popularizados - 30,6% levam direto ao médico. Questionadas a respeito de quando a diarréia mais preocupa, 29,1% (desde o início); 34,6% (se apresenta sinais de desidratação); 34,6% (se evacua muitas vezes); 4,9% (quando remédio não faz efeito); 1,7% (quando precisam levar ao médico) e 2% (se ocorrem no verão). Quanto à "desidratação", 96,3% das mães conhecem os principais sinais e sintomas: Diarréia (21,3%); Vômito (21,1%); Febre (13,3%); Pele enrugada (12,4%); Olhos encovados (11,6%); Fontanela deprimida (10,2%) e outros (6,4%) . Caso ocorra a temida desidratação, 49,2% levam ao médico; 13,4% "internam" seus filhos; 18,1% tratam com soro oral; 7,4% fazem apenas dieta; 7% administram medicamentos; 3,3% dão ainda chás caseiros e 1,6% tomam outras atitudes. Fato de grande relevância na pesquisa, é que 90,9% das mães, creditaram prática corrente, com ótimos resultados, na aplicação da terapia reidratante oral, em casa. Concluímos que na aplicação de programas de prevenção e tratamento da diarréia, é fundamental conhecer os hábitos e costumes da população, para que permitam uma maior integração da comunidade com as entidades de saúde na busca de soluções para o grande desafio de combater a diarréia, no próprio lar, valorizando a Educação para Saúde e a Terapia de Rehidratação Oral .

Neste trabalho não pretendo ser inêdito, mas sim tentar compreender, através de sua discussão uma das possíveis práticas transformadoras que podem existir dentro do Setor Saúde.

O setor Saúde é estruturado dentro do nosso sistema com vistas a reproduzi-lo. Porém em sua dinâmica traz as contradições importantes que estão presentes neste sistema.

Caminhando neste sentido vejo na atenção la o lugar estruturado de ações programadas de Saúde e executadas por profissionais que estejam / comprometidas com os anseios populares. Assim, buscar a transformação / somente através da eficácia técnica é inútil, pois reforçará o papel reprodutor dos serviços de saúde.

Assim sendo proponho que se busque a transformação na forma como se desenvolve o serviço; subentendendo que a eficácia técnica seja condição "sine qua non" para a sua existência. Esta "forma" transformadora é basicamente deslocar o paciente de objeto para sujeito do processo terapêutico; e o auxiliar de saúde o elemento catalizador que passa a ter / conhecimentos técnicos antes restritos ao médico e passa a utilizar o espaço institucional como instrumento na continuidade do processo de luta por melhores condições de vida no qual já estava inserido.

Para melhor compreensão da proposta utilizo como exemplo um programa de hipertensos desenvolvido numa unidade de Saúde do DMSP da FCM-PUCCAMP Campinas.

O programa consiste basicamente do controle periódico dos sinais clínico-Laboratoriais, prescrição de medicamentos e discussões sobre os diferentes aspectos do processo mórbido que estão passando. Estas atividades são realizadas em grupos de aproximadamente 8 pessoas, sendo a frequência determinada por critérios de riscos (determinados clinicamente / tanto orgânicos, como emocionais), e a condução é dada por um agente / de saúde do próprio bairro, treinado para isso.

Entre uma relação de dominação vinculada pela medicalização do processo mórbido e um trabalho de compreensão da dinâmica deste processo e a busca de soluções realizada por todos os elementos participantes existe um hiato incomensurável.

Exemplos de como alguns passos nesta direção acontece neste programa.

Exposição pública da sintomatologia-identificação entre si das várias sintomatologias comuns-identidade grupal-discussão de como interagir com estas sintomatologias, baseadas em experiências individuais-novas identifi cações com várias fases dos processos de interação-sistematização das identidades-procura dos fatores determinantes e procura de alternativas / terapêuticas.

A vigência deste processo no interior de uma instituição de saúde fornece aos participantes elementos para questionar suas relações com outros setores da sociedade e de alguma forma continuarem a desenvolver / esse processo de transformação das relações de dominação presentes em todas as esferas do nosso cotidiano.

PROJETO PAPUCAIA -
Coordenador - Carlos Alberto Trindade

Equipe Técnica - Angela Maria Gonçalves

Christopher Robert Peterson

Guilherme Franco Neto

José Luiz Telles de Almeida

Ana Maria do Rego M. de Abreu

Maria Angela G. Mônaco

Trata-se da proposta de ação de uma equipe de voluntários iniciada em março de 1983 na vila de Papucaia, município de Cachoeiras de Macacu-RJ. À partir da discussão com a comunidade local sobre os determinantes de saúde e doença, fato que se estendeu às demais vilas e localidades do município com a formação de "comissões de saúde" de moradores de cada localidade, passou-se a um treinamento para formação de "agentes comunitários de saúde pública".

O questionamento da atenção à saúde existente no município fez constatar a existência de 14 (quatorze) Postos de Saúde fechados na sua área rural o que provocou um movimento reivindicatório da parte da população sobre as instituições responsáveis. O Plano de Ações Integradas em Saúde surgiu como resposta facilitadora para a ação da Prefeitura Municipal, responsável pelos postos, no sentido da sua reabertura e ainda atendia aos anseios da comunidade na medida em que respeitasse os valores culturais locais e absorvesse os "agentes de saúde" e suas propostas. A forma encontrada foi a inclusão da coordenação do "Projeto Papucaia" na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) de Cachoeiras de Macacu.

A presença constante da comunidade nas discussões institucionais, assim como a realização do I ENCONTRO POPULAR PELA SAÚDE DE CACHOEIRAS DE MACACU em novembro de 1983 associados à ação constante e decisiva dos "agentes de saúde" em suas comunidades, garantiriam a continuidade do programa do "Projeto Papucaia" enquanto proposta independente na relação inter-institucional.

511/

questões determinantes de saúde comunitária que envolve desde a luta pela posse da terra até melhores condições de atenção à gestação de seus filhos. O método utilizado foi o da formação de grupos de mulheres voltadas para a produção de artefatos domésticos, sabão, doces caseiros entre outros, que serviriam como fator de agregação das mulheres e obtenção de maiores recursos financeiros com a comercialização destes produtos.

A nível técnico, iniciou-se nos Postos de Saúde recém reabertos, o desenvolvimento de Programas de Atenção à gestante e rastreamento da "gravidez de alto-risco" com a participação dos agentes de saúde. Foram formados grupos de gestantes e grupo de aleitamento materno.

A situação atual do "Projeto Papuceia" é de aprimorar, através de reciclagens semanais, a capacitação técnica dos agentes de saúde para os programas específicos e pela consolidação de um Conselho Comunitário de Saúde, de âmbito municipal.

Tem enquanto perspectivas mais imediatas a realização do II ENCONTRO POPULAR PELA SAÚDE e o desenvolvimento de programas de Atenção Integral à Mulher, Saúde Escolar e de Combate à Verminose, sempre com a participação dos "agentes de saúde" e utilizando os recursos locais enquanto meio de efetivação

Cachoeiras de Macacu, 15 de outubro de 1984.

de quatro fatores:

1) Existe na área uma escola em regime de Cooperativa que é atendida por dois médicos (um é pai de aluno e outro diretor da escola) que também atende no ambulatório; o aumento da demanda faz aparecer a necessidade de ampliar o ambulatório a pedido dos usuários.

2) A reivindicação da comunidade que tem dois momentos:

O pedido feito através do conselho da comunidade para que o Departamento de Saúde Pública da UFSC assumisse a implantação de um ambulatório sendo que a morosidade do procedimento burocrático não permitiu a concretização; A Prefeitura então montou um serviço em 15 dias com um médico atendendo 2 vezes por semana o que não satisfaz a necessidade da comunidade que vai então ao pessoal que atende no ambulatório da escola e pede que montem um ambulatório no bairro.

3) A ação dos alunos da 6ª fase de medicina que desde a 1ª fase solicitam um ambulatório em que possam trabalhar com a comunidade.

4) Existência de profissionais, alguns desempregados ou subempregados, interessados no trabalho com comunidade e com alunos.

Diante destes fatos o grupo de profissionais e os alunos interessados em trabalhar com a população alugam uma casa no bairro e montam um ambulatório em mutirão que começou a funcionar atendendo a população; neste processo a Universidade reconhece o ambulatório como extensão e passa a pagar o aluguel e fornecer material para o funcionamento de posto e o INAMPS dá mostras de ser favorável ao credenciamento de médicos e a fornecer medicamentos.

Nestes acontecimentos vemos como o processo é dinâmico em contraposição à imobilidade das instituições que acaba entretendo o ir adiante dos movimentos sociais.

UTILIZAÇÃO DO CORDEL E DO JOG PAL COMO TÉCNICA
DE AÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL

Dr. José Jackson Coelho Sampaio

O Hospital de Saúde Mental de Messejana, único hospital psiquiátrico público do Ceará, situado em Fortaleza, no período 1979/82, definiu um organograma de atividades em 4 níveis: Tratamento, Treinamento, Pesquisa e Ação Comunitária. Objetivando levantar problemas para as atividades de 4º nível, o autor organizou equipe composta por 4 psiquiatras e 16 jovens da comunidade de Messejana, envolvidos com Teatro Amador, que levou, durante 5 meses, a experiência de jogralizar um cordel em vários locais públicos da comunidade.

O cordel é uma das formas do canto popular europeu, modificado pela cultura popular nordestina, que não envolve necessariamente a idéia de um ator, pois o povo o recebe como seu e o refaz criativamente. A assistência psiquiátrica do Ceará, encontra-se inserida na mesma realidade econômico-sócio-político-cultural nordestina que engendrou e possibilitou o desenvolvimento de determinado tipo de doença mental e de determinadas práticas de comunicação social.

Então foi montado um texto poético, suficientemente articulado para conter um enredo e suficientemente aberto para permitir improviso e participação popular, dramatizado com recursos do Teatro do Oprimido, de Augusto Boal.

O presente trabalho discute o resultado parcial de algumas apresentações e conclui que a experiência foi rica em riscos teóricos e práticos, por outro lado foi capaz de sugerir possibilidades integradoras do saber psiquiátrico com o popular. O trabalho foi encerrado abruptamente, de modo alheio aos interesses da equipe.

Dr. Jose Jackson Coelho Sampaio

O Hospital de Saúde Mental de Messejana, único hospital psiquiátrico público do Ceará, situado em Fortaleza, no período 1979/82, definiu um programa de atividades em 4 níveis: Tratamento, Treinamento, Pesquisa e Ação Comunitária. A partir de problemas colocados pela criação de Serviço Infante-Juvenil (ambulatório e internação), e como tarefa constituinte do 4º nível mas lançando extensões sobre todos os outros níveis, o autor organizou equipe constituída por 5 psiquiatras e 11 educadores, que promoveu, durante 6 meses, o programa Saúde Mental e Escola Pública de 1º Grau.

2/3 das crianças atendidas pelo Serviço vinham encaminhadas pelo professorado de 1º grau do Distrito de Messejana. Deste volume, aproximadamente 2/3 não apresentava doença mental ao exame psiquiátrico-psicológico. Ressalte-se que, das crianças encaminhadas pelos próprios genitores, apenas 1/4 não apresentava doença mental ao exame. A equipe tentou então identificar o "exagero" do professorado no reconhecimento do psicopatológico e prováveis causas.

O programa foi montado em 4 etapas: Diagnóstico (Aplicação de questionário com 50 situações-problema, referentes a questões disciplinares, sexuais, pedagógicas e morais, seguido de análise das respostas). Informação (2 sessões semanais com o professorado, usando técnica de Dinâmica de Grupo, colocando propostas psico-sociológicas sobre o desenvolvimento normal da criança e do adolescente). Dinamização (1 sessão semanal para, usando a técnica de Role Play, questionar o papel de professor na periferia metropolitana para população de baixa renda).

O presente trabalho discute alguns resultados, destacando limitações teórico-metodológicas, e concluindo pela positividade da experiência, desde que permitiu a técnicos de Saúde Mental e de Educação um encontro crítico, resolutor de tensões, denunciador de deformações.

SAÚDE E ORGANIZAÇÃO POPULAR

AUTORES: MARCO ANTONIO RATZSCH DE ANDREAZZI, GENÉSIO VICENTIN,
MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI E MARILIA SÁ CARVALHO

Trata-se do relato da experiência recente do Centro de Estudos José de Anchieta (CEJA) em assessoria à Federação de Favelas do Rio de Janeiro (FAFERJ).

Este relato vem no sentido de trazer contribuição para a discussão de uma proposta de participação comunitária, na saúde, que seja adequada ao atual estágio de desenvolvimento das entidades populares e seus anseios, considerando-se as novas conquistas no campo democrático.

As experiências contidas neste relato, versam sobre o período 1982-1984, após a eleição dos governos dos Estados pelo voto direto. Neste período, podemos presenciar uma significativa mudança na forma de relacionamento das entidades com o Estado. Antes, as entidades mantinham um relacionamento exclusivamente reivindicatório, com manifestações de rua, concentrações, protestos, ou seja, agiam fora do aparelho de estado, pressionando para conseguir suas reivindicações. Com a eleição de um governo, pelo voto popular, com compromissos explícitos, algumas entidades passam a reconhecer no estado um instrumento que deveria estar a seu serviço, devendo as entidades participar, mais intimamente das suas estruturas, influenciando nas próprias as formulações de soluções. Pudemos vivenciar em nosso estado a criação de instâncias de participação como: os Conselhos Comunitários, os Grupos Executivos Locais (GEL's) e a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS).

O início da participação das entidades nestes organismos levou a um aumento das perspectivas de atuação e uma ampliação do espaço democrático. No que diz respeito aos Conselhos Comunitários, os que contaram com a participação efetiva das entidades, logo iniciaram um processo de ampliação, envolvendo órgãos não ligados diretamente à saúde, como a CONLURB, a CEDAE, a Secretaria de Transportes, ETC. Na CIMS, e junto à Secretaria Municipal de Saúde, a participação da FAFERJ possibilitou o conhecimento de diversas questões de interesse para as entidades com possibilidade de influir sobre a determinação de políticas, como a criação de mini-postos nas favelas, a localização de áreas

Uma das mais importantes observações, que se podem extrair, deste relato, é a de que o exercício da participação democrática possui efeito auto-multiplicador e amplificador, reforçando a influência das entidades sobre o aparelho de estado. Com isto, as entidades conquistam uma nova forma de luta por seus interesses, capaz de penetrar mais profundamente nas contradições do estado, sem perder seu poder de pressão na mobilização das massas.

Este amadurecimento do movimento comunitário deixa claro que todas as propostas que procurem contar com o apoio popular devem procurar a participação das entidades na sua formulação.

Participação popular e de Técnicos nos Serviços de Saúde no Município de São Paulo. Maria José Ribeiro Linguanotto - Secretária Higiene e Saúde do Município de São Paulo.

As propostas de participação da população nos serviços de saúde encobrem uma grande variedade de situações e tem, na maioria das vezes significados bastantes diferentes e heterogêneos de acordo com o contexto em que são utilizados. Nesse trabalho procuramos tecer algumas considerações teóricas e relatar a prática do envolvimento de população e dos técnicos em serviços de saúde do Município de São Paulo. Trata-se do relato das experiências ocorridas na Secretaria de Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com a visão de mundo e com a leitura que se faz da realidade pode-se focar a participação popular dentro de duas perspectivas básicas: a participação como integração social e a participação como um processo. A participação como integração social ganha força com a teoria da marginalidade. Essa teoria admite a existência de grupos marginais que precisam ser integrados e participarem do desenvolvimento econômico de uma nação. Implica na concepção da sociedade como um todo harmônico e estável, no homem como um ser egoísta e isolado, nas concepções de ordem e equilíbrio social, de progresso e moderno versus tradicional e atrasado. Preocupa-se em como integrar e controlar a população marginal para atingir o desenvolvimento econômico. A participação popular entendida como um processo parte do pressuposto de que a participação social e a integração não são exteriores as estruturas da sociedade e não estão situadas num plano genérico e indeterminado mas são inerentes a processos sociais globais. Implica em visualizar a sociedade como um campo conflitante e descontínuo, em conceber o homem como produto da relação com outros homens e com a natureza, em entender a marginalidade como característica das contradições básicas do sistema capitalista. Implica, ainda, em entender que a sociedade está em contínua mudança, que o homem é o sujeito da história, que existem contradições e uma relação de forças entre as classes sociais. Dentro da concepção de integração, para os técnicos da área da saúde, o problema da denominada participação comunitária ganha força nas propostas de medicina comunitária, no final da década de 60. Faz parte de uma estratégia de estender os serviços de saúde a baixo custo, utilizando agentes ou representantes da comunidade como técnicos intermediários, mal remunerados ou voluntários. Nessa perspectiva os técnicos são pessoas adequadas para definir, administrar e avaliar a participação da população nos serviços de saúde. A população leiga sob cuidadosa instrução técnica seguirá as ordens para melhorar o nível de saúde da comunidade, os serviços de saúde tendem a institucionalizar a participação da população como extensão de seus próprios serviços. Dentro da perspectiva de entendimento da participação popular como um processo, os técnicos de nível local ou regional, imbuídos de propostas políticas ou inspiradas por experiências populares tentaram reinterpretar a proposta de medicina comunitária traduzindo-a em termos de uma conquista da saúde por parte das classes populares. Nessa perspectiva a idéia base consiste em tirar a saúde das mãos da classe dominante e deixá-la nas mãos do povo como um direito que lhes cabe. Esse objetivo não se consegue sem uma ação comprometida e mais ampla com a população. É preciso comprometer-se com a população onde os problemas de vida toda do povo são analisadas e assumidos pelo próprio povo. A concepção de participação popular como um processo ao procurar o desenvolvimento de um canal de comunicação entre a população e o serviço de saúde visará mudanças no sistema de prestação de serviços de saúde. A criação de um Conselho de Saúde não é fim em si, mas um instrumento para facilitar a organização da população.

O trabalho focaliza o desenvolvimento da discussão sobre os movimentos sociais urbanos, procurando analisar o modo que a produção teórica sobre esse tema definiu a questão da ação política das classes sociais em sociedades de capitalismo dependente.

Os movimentos sociais despertaram grande interesse na área de saúde, particularmente entre os grupos profissionais envolvidos em programas de medicina comunitária e atenção primária, e, ainda hoje, são referidos nos programas de reorganização dos serviços de saúde no Brasil como espaço de mediação entre a iniciativa do Estado e as classes populares. Ocorre com frequência, no entanto, uma grande confusão na definição dos movimentos sociais urbanos muitas vezes considerando-se a ação partidária, sindical e mesmo profissional como parte desses movimentos.

Na realidade, o tema movimentos sociais urbanos foi uma tentativa de responder à questão de participação política em contextos sociais nos quais a classe operária é extremamente heterogênea, e, ao contrário da situação "clássica", o desenvolvimento capitalista não se defronta com uma resistência operária articulada politicamente em torno de partido e sindicatos. Assim, a unidade dos grupos subalternos não foi gerada no plano do sistema da produção e, igualmente, partidos e sindicatos não foram os espaços onde se traduziram os interesses e a "consciência de classe" dos trabalhadores. Para os estudos sobre movimentos sociais, essa unidade seria gerada em uma outra esfera da ação política — os movimentos sociais — que articulariam diferentes setores sociais (massas urbanas, moradores disprivilegiados, classes populares) em confronto direto com o Estado — principal responsável por serviços de consumo coletivo e locus de distribuição de poder.

Analiso nesse trabalho o desenvolvimento e os impasses dessa temática na conjuntura atual.

Marco Aurelio Da Ros

Estr. Geral da Barra da Lagoa 1750- Florianópolis-SC

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE SAÚDE RURAL
DA COOPERATIVA-CHAPECÓ
MARCO AURELIO DA ROS

Em 1979-81, o CEBES de Florianópolis trabalhou em conjunto com alguns setores da Igreja, na Pastoral da Saúde elaborando inclusive um caderno de Educação Popular intitulado Saúde para Todos-O Povo Acorda, para utilização em grupos de reflexão e Comunidades Eclesiais de Base.

Enquanto existiu o trabalho em conjunto, ambos assumiram o ENEMEC no Estado (hoje Movimento Popular de Saúde). Após tres anos de caminhada comum, houve uma dicotomia principalmente em função da negação da existência de luta de classes e pela visão basista da Igreja, não partilhada pelo pessoal do CEBES.

Através do ENEMEC em 1980, entrou-se em contato com o trabalho de base desenvolvido pela Igreja em Chapecó-SC, e graças a este, foi elaborado um projeto para uma Cooperativa da região. O projeto objetivava atenção a Saúde dos 11.000 associados e seus dependentes. Para a sua implantação a coordenação realizou reuniões com a população de pelo menos 120 vilas rurais, para a discussão de alternativas e colaboração com a eleição dos futuros Agentes de Saúde. Foram também contratados para o Projeto, inicialmente, quatro médicos, um enfermeiro, e oito atendentes. Como resultado das eleições, notou-se que os A.S. eram coincidentemente os coordenadores dos grupos de reflexão implantados pelo Bispo de Chapecó há 10 anos, e habituados a discussão dos cadernos de educação do Cebes. Este fato possibilitou a utilização de metodologia dialética no seu treinamento de A.S.

Na avaliação de um ano de trabalho, verificou-se que além do trabalho "curativo" (atendimento de 58,5% de uma demanda de 24.000 consultas), o grande trabalho desenvolvido pelos Agentes de Saúde foi o de colaborar com a mobilização popular no que tangê aos fatores determinantes de doença, realizando desde passeatas até concentrações populares de protesto pelo preço pago pelo produto do trabalho do agricultor ou a contaminação dos mananciais de água por serrarias ou matadouros.

MOVIMENTOS SINDICAIS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS PÓS-64.

Aurea J. Maciel, Carmen S. Oliveira, Lourdes C. Carvalho, Teresa Borgert, Vera Regina B. Marques, Ursula G. Gottschald.

O presente trabalho se propõe a fazer uma análise dos movimentos sociais pós-64 e da reelaboração das políticas para o setor saúde, partindo da visão de instituições en quanto micro poder. Neste sentido, partiu-se de uma revisão bibliográfica sobre o Estado Capitalista pós-64 em sua atuação política e econômica, retomou-se a discussão sobre as Instituições e as políticas de saúde, seguindo-se de uma abordagem das condições de vida dos trabalhadores e dos movimentos sindicais neste período.

Entrevistou-se quatro presidentes de sindicatos (Bancários, Metalúrgicos, Vestuário e Construção Civil) e o Coordenador do Movimento Pró-Creche, de Porto Alegre/RS, com roteiro pré-estabelecido, buscando apreender suas concepções acerca do tema em discussão.

Constatou-se; através das entrevistas a existência de uma visão bastante abrangente da questão saúde e sua determinação social, política e econômica. Os trabalhadores se sentem marginalizados pela política social do Governo, pois não usufruem dos recursos que são captados na própria classe trabalhadora. Saliendam também, que os serviços de saúde são insuficientes para atender as demandas da população. Reivindicam melhores condições de trabalho, real participação no produto social e consideram a atuação dos sindicatos muito restrita, na medida em que a legislação os cerceia na sua atuação, mas acreditam que a mobilização dos trabalhadores tornará seus sindicatos mais fortes.

O trabalho veio corroborar a idéia que a uma estratégia política definida pelo Estado, em Saúde, corresponde uma contra resposta dos setores sociais subordinados. E para se recompor, o Estado redispõe suas políticas de saúde, assegurando o controle da sociedade civil, principalmente das classes trabalhadoras, como forma de manutenção de um aparente "Estado de bem-estar social", cada vez mais descreditado pela crescente insatisfação popular.

" EDUCAÇÃO E SAÚDE EM BOM JUÁ - APRENDENDO FAZENDO " *

(*) FAGUNDES, Terezinha de Lisleux Quesado - Socióloga.
COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves - Enfermeira.

A Residência em Medicina Social (Departamento de Medicina Preventiva/FAMED/UFBA) vem desenvolvendo atividades de Educação e Saúde junto a populações do bairro de Bom Juá - periferia de Salvador-Ba.

Pretende-se de um lado, tornar o processo ensino-aprendizagem do estudante de pós-graduação próximo e vinculado teoricamente à realidade social concreta em que o médico está inserido. Nesse sentido, os residentes aprendem sobre a visão do mundo, projetos de vida e necessidades dessas populações. De outro lado, eles também educam no exercício de suas práticas específicas, e, pela crítica estimulam em si próprios e nos moradores de Bom Juá o processo de conscientização da problemática da saúde em nossa sociedade de hoje, apoiando as formas políticas de aquisição de melhores condições de vida.

O Programa atende fundamentalmente as demandas da Associação de Moradores de Bom Juá, de forma a que com ela e a população do bairro, se instrumentalizando de práticas pedagógicas, se recrie e se reconstrua a educação e saúde, momento em que docentes, estudantes e moradores buscam a democratização da saúde.

O Programa compreende os seguintes projetos :
Atenção Primária no Posto de Saúde, Reorganização Administrativa no Posto de Saúde, Saúde no Currículo de 1º grau, Saúde e Sexualidade, Saúde e Mulher, Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica e Núcleo de Apoio Pedagógico em Saúde (Cartilha da Saúde, Ponto de Encontro com a Saúde, Fato-vida e Jornal da Saúde).

Os resultados até então obtidos são : a nível curricular da RMS tem-se implantado um processo de ensino aprendizagem cuja teoria está indissociavelmente vinculada a prática, permeando pela postura educativa de seus integrantes. A nível de Bom Juá, observa-se o aprofundamento e ampliação de movimentos reivindicatórios bem sucedidos, a participação de instituições locais, seminários, debates, cursos, reformas administrativas e pesquisa de medicação caseira.

A MULHER E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nos últimos anos da década de 70, assiste-se em nosso País ao despertar da consciência feminina, condicionado pelas transformações econômico-sociais ocorridas no período e marcadamente influenciado pelo movimento feminista internacional. A partir daí, surgem grupos feministas e femininos, inaugurando um amplo processo de reflexão-ação sobre a condição atual da mulher, que vai paulatinamente abrangendo todos os campos da atividade humana: político, econômico, social, cultural e familiar. Não escapa deste contexto a temática saúde nas suas múltiplas dimensões: o uso do corpo, a sexualidade, a reprodução.

É nesse mesmo período, que se criam as condições objetivas necessárias ao surgimento e implantação de modelos alternativos de prestação de serviços médico-assistenciais, destacando-se o Modelo de Atenção Primária à Saúde (MAPS), fundamentado no privilegiamento do grupo Materno-Infantil e preconizando novas relações entre os serviços de saúde e a comunidade que deles se utiliza.

A ênfase conferida à participação comunitária no MAPS, faz supor que sua implantação possa produzir graus variados de transformação favorável na relação entre o Estado e a sociedade civil.

O presente estudo, tem como objetivo fundamental avaliar em que medida essas transformações ocorreram, se ocorreram, a partir de um estudo de caso. Enfocou-se em particular a participação de um determinado extrato da população feminina numa unidade de cuidados primários à saúde no Município do Rio de Janeiro.

O conceito de participação foi instrumentalizado através da análise das seguintes dimensões: participação na luta pela instalação da unidade de saúde; informações e opiniões sobre organização, métodos e princípios que regem os serviços e expectativas e possibilidades de intervenção. O método utilizado baseou-se na técnica de entrevistas abertas, aplicadas à população feminina selecionada por meio de amostra, segundo critérios descritos no trabalho.

Os resultados da análise do material coletado, a pontam para as seguintes conclusões:

. A participação das mulheres na luta reivindicatória pela instalação da unidade foi inexpressiva. Não obstante isso, ela aparece como um bem profundamente desejado e seu destino interessa de perto às usuárias. A valoração positiva da unidade prende-se basicamente à economia de tempo e gasto que sua localização estratégica propicia.

. Foi possível constatar uma nítida diferença na qualidade do conhecimento das questões ligadas à utilização dos serviços, de um lado, e as funções e princípios que ordenam o desempenho das unidades assistenciais de outro. Sugere-se que essa diferença, tem por base o fato de que o conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde advém do convívio cotidiano com as necessidades sentidas. Entretanto, o conhecimento das funções e princípios institucionais provém da incorporação de conceitos.

. As expectativas das mulheres se projetam para uma situação ideal na qual todas as demandas médico-sanitárias, seriam supridas num único local. Esta postulação remete a um questionamento das formas concretas que os princípios de Atenção Primária adquiriram em nosso meio.

Autores: Suely Rozenfeld e Amaryllis A. Shvinger

ANTÔNIO LEITE ALVES. Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 9º a.
30.000 - BELO HORIZONTE - MG

VALE DO MUCURĨ: RESISTÊNCIA POPULAR E SAÚDE. ANTÔNIO LEITE ALVES; ANTÔNIO THOMAZ GONZAGA DA MATTA MACHAO e TARCÍSIO MÂRCIO MAGALHÃES PINHEIRO.

Hã 4 anos a Universidade Federal de Minas Gerais, através do Internato Rural de sua Faculdade de Medicina, chegou ao Vale do Mucurĩ, região situada no nordeste do Estado de Minas Gerais, trazendo a proposta de Integração Docente-Assistencial e assessoria em saúde ao emergente movimento popular da região. Em 1981, tendo como tema "Saúde para Todos" proposto pela Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros, o movimento popular, estimulado pelo Internato Rural e clero local, criou ou reativou os Comitês de Saúde que passaram a lutar por melhorias no sistema público de atenção à saúde. Neste mesmo ano, 3 prefeituras Municipais, sentindo-se ameaçadas pela crescente penetração dos acadêmicos junto à população, sobretudo no meio rural, romperam o convênio com a Universidade. A partir daí, estas populações iniciaram um movimento de resistência e, através de seus Comitês de Saúde garantiram a presença dos acadêmicos de medicina nestas cidades.

AS POLÍTICAS PREVIDENCIÁRIA E DE SAÚDE PARA O CAMPO E A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS. LUCIA ALVIM DOMINGUES e VICTOR HUGO DE MELO.

A análise da evolução das lutas sociais no campo e do processo de organização dos trabalhadores rurais, traz à tona a discussão da estratégia - levada a efeito pelo Estado - de cooptação e controle político das massas rurais, alicerçada na legislação trabalhista e previdenciária.

Tal estratégia torna-se evidente não só no período populista, onde a legislação social desempenha um papel fundamental, como também no período pós-64, quando a exclusão/marginalização desses trabalhadores passa pela descaracterização do papel político de suas organizações de classe, reforçando a subordinação do movimento sindical ao aparelho de Estado e desenvolvendo no seu interior uma ideologia assistencialista, que atua no sentido de mascarar seu caráter de classe e de representação política.

Paradoxalmente, a questão da atenção médica aparece como fundamental para os sindicatos dos trabalhadores rurais porque a prestação dos serviços de saúde, através de convênios com o FUNRURAL, é em grande parte controlada pelos sindicatos patronais.

Por outro lado, o processo de capitalização das estruturas agrárias que vem ocorrendo de forma acelerada tem levado à expropriação de grande parcela do campesinato e à criação de enormes contingentes de trabalhadores volantes. Paralelamente a estas profundas transformações, assiste-se à uma redefinição do movimento sindical, que passa a ter na questão da posse da terra e na luta pela melhoria das condições de trabalho seu eixo fundamental.

Para desenvolver uma análise sobre essa articulação entre as políticas de saúde e de previdência para o campo, os problemas de saúde dos trabalhadores rurais e as suas formas de organização sindical, realizou-se uma pesquisa de campo em dois municípios do Norte de Minas, região que vem sofrendo um intenso processo de capitalização da economia, e onde está se estruturando um vigoroso movimento sindical de trabalhadores rurais.

Os resultados obtidos não foram plenamente conclusivos. Contribuíram, contudo, para ampliar a compreensão de diferentes aspectos da questão, tais como: a influência do processo de transformação das estruturas agrárias sobre as condições de vida e saúde dos trabalhadores rurais, sobre a organização dos sindicatos e sobre as formas de participação no movimento sindical; a relevância das questões concernentes à saúde e à assistência médica no conjunto das reivindicações dos trabalhadores rurais; as formas como manifestam estas demandas aos sindicatos e como estes as respondem; a percepção dos trabalhadores a respeito do papel do sindicato e da atuação das lideranças; a percepção dos dirigentes a respeito do papel do sindicato, de sua representatividade e legitimidade diante dos trabalhadores; as implicações das políticas de saúde para o campo nas formas de organização e na evolução do movimento sindical; as implicações na redefinição da estrutura da organização sindical frente à necessidade do sindicato dos trabalhadores rurais assumirem a prestação de serviços de saúde: o papel do sindicato patronal neste processo.

O INTERNATO RURAL E OS MOVIMENTOS POPULARES: UMA PROPOSTA ESTRATÉGICA.

VICTOR HUGO DE MELO; ELZA MACHADO DE MELO e HORÁCIO PEREIRA DE FARIA.

A Faculdade de Medicina vem desenvolvendo desde 1975 um estágio curricular de alunos do 8º ano médico em pequenas localidades do interior do Estado de Minas Gerais, conhecida como Internato Rural. A proposta metodológica que consubstancia o programa é a integração docente-assistencial, envolvendo principalmente a Universidade Federal de Minas Gerais, através da Faculdade de Medicina, a Secretaria de Estado da Saúde, e as Prefeituras Municipais das localidades envolvidas.

A experiência adquirida nestes 6 anos de existência do Internato Rural demonstra a consolidação interinstitucional do estágio, principalmente a nível da Universidade e da Secretaria. Pode-se adiantar que o programa vem, paulatinamente, adquirindo uma grande legitimidade diante das prefeituras e da população atendida pelos estagiários.

A atual crise do modelo político-econômico e social brasileiro impõe a busca de alternativas no campo da prática na área de saúde, tanto a nível das instituições prestadoras de serviços quanto às do sistema formador onde, ao mesmo tempo em que se procura um novo instrumental metodológico que possa consubstanciar uma nova proposta de prestação de serviços e de ensino na área de saúde, busca-se resgatar a legitimidade social destas instituições.

Do ponto de vista da Universidade o que se percebe, portanto, é uma aguda necessidade de promover uma maior articulação com as mais variadas formas de organização popular, com vistas a atingir dois objetivos fundamentais:

- 1 - Resgatar o papel e a função social da Universidade, pelo menos do Setor Saúde, qual seja, a de promover a formação de profissionais politicamente comprometidos e engajados nas lutas populares pela busca/manutenção da saúde.
- 2 - Buscar uma base de apoio popular que possa resgatar a necessária legitimidade social para a sobrevivência da instituição universitária.

Acredita-se que o Internato Rural é um espaço importante, a nível curricular, para a consolidação desta proposta, principalmente tendo em vista algumas experiências já vivenciadas, onde se conseguiu uma articulação entre a proposta institucional e determinadas formas de organização popular (Sindicatos, Associações, Comitês de Saúde, etc.), no sentido de viabilizar a permanência de estagiários em algumas localidades.

Diante de tais fatos, adota-se atualmente uma estratégia política que orienta a dinâmica curricular do estágio no sentido de promover uma maior articulação entre os movimentos populares e aqueles que conduzem o processo de integração serviço-ensino a nível local e regional: estudantes, professores, equipes de saúde e, eventualmente, representantes de outras instituições.

GRUPO DE TRABALHO 5

"CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE"

RESUMOS

Coordenadores: Francisco Eduardo Campos (Brasil)

Saul Franco A. (Colombia)

CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO E OCORRÊNCIA DE DIARRÉIA:
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM SÃO JOÃO DE MERITI - RJ - 1984 .

ARAÓJO, A. J.; MIZRAHI, L. D.; SOLE PLÁ, M. A.; CARVALHO, R. F.;
VELEZ, J. A.; COSTA, R. V.; JESUS, J. A. =

Os autores apresentam os resultados de um, estudo exploratório, realizado entre os meses de janeiro e maio de 1984 em todos os bairros do município de São João de Meriti, utilizando técnica de amostragem simples, por região geossócio-cultural, visando estabelecer um perfil da população-alvo, em relação à morbi-mortalidade por diarreia.

A doença diarreica aguda, que representa no município em questão, a maior causa de morbi-mortalidade, é responsável por 25% de todos os óbitos do local, onde o Coeficiente de Mortalidade Infantil é estimado em 100 a 120/1000. Neste contexto partiu-se para uma investigação no seio da comunidade, com questionários simples, aplicados a maioria nas próprias residências, por voluntários treinados das entidades locais (Assoc. Moradores, Escolas, CEBs etc.) pelo Centro de Saúde Estadual A. V. Azevedo.

As pessoas entrevistadas foram as mães, representando 753 famílias, 3580 moradores sendo 931 menores de 5 anos (grupo de risco, objetivo da pesquisa). A média de pessoas por família foi de $4,7 \pm 1,0$; 629 famílias (83,5% da amostra estudada) tinham crianças menores de 5 anos, \bar{X} : 1,4.

Em relação às características da habitação, encontramos que 92,4% residem em casas de alvenaria (acabadas e em acabamento), 7,6% em barracos (madeira, zinco e estuque). A maioria na condição de inquilinos; tendo com respeito aos serviços básicos: 20,3% (recolhimento de lixo); 29,5% são servidos por rede pública de esgoto, 21,2% por fossas sépticas e 49,4% despejam em valas negras que fluem para os canais nos bairros. Apenas 78% das famílias tem abastecimento hídrico direto, e a renda média mensal alcança até 1 salário-mínimo, em 50,8% das famílias.

As mães, cujo grau de instrução situava-se: 6,7% (analfabetas), 48,65% (instrução fundamental), 33,5% (primeiro grau incompleto); 10,3% (2º grau) e 0,9% (universitário); e que apresentavam uma distribuição etária dos 15 aos 60 anos, sendo 87% na faixa de 15 a 40 anos de idade; informaram em 11,2% que apresentavam ainda, algum filho sem registro civil. Em 20,5% (apresentavam alguma criança que faleceu antes dos 5 anos) das famílias - sendo 63% ainda antes de atingir 1 ano de vida, a diarreia e/ou desidratação foi apontada como a principal causa da morte de crianças menores de 5 anos, seguida das doenças respiratórias.

Em relação à ocorrência de diarreia nos últimos 30 dias, 39,6% das mães, informaram que sim, em algum de seus filhos menores de 5 anos. Em 37,2% informaram que já tiveram alguma criança com desidratação; e 59% já fizeram uso do soro oral. Concluímos ressaltando a estreita relação de causalidade da doença diarreica com as condições de vida e as graves consequências sociais do problema no 3º mundo.

ESQUISTOSSOMOSE MANSONI E CONDIÇÕES DE VIDA: O CASO DA CIDA
DADE DE COMERCINHO, ESTADO DE MINAS GERAIS

Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa, R.S.Rocha, Maria Helena de
Almeida Magalhães & Naftale Katz

Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal
de Minas Gerais e Centro de Pesquisas "Renê Rachou" da Fundação
Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Um estudo seccional da esquistossomose mansoni foi desenvol-
vido na cidade de Comercinho, no Estado de Minas Gerais, onde os habi-
tantes do centro e da periferia apresentam diferenças sociais impor-
tantes. Foram feitos exame de fezes pelo método de KATO-KATZ e exame
clínico em, respectivamente, 90 e 79% da população da cidade (1474
habitantes). O índice de infecção pelo Schistosoma mansoni foi 70%,
a média geométrica do número de ovos foi 334 por grama de fezes e 7%
dos pacientes infectados apresentavam esplenomegalia. O índice de in-
fecção (respectivamente, 59 , 66 , 80 e 87% nas zonas 1,2,3 e 4), a
média geométrica de ovos de S.mansoni (respectivamente, 237+6, 257+4,
579+5 e 476+4) e o índice de esplenomegalia (1,7 , 4,4 ,11,6 e 11,1%
nas zonas 1,2,3 e 4) foram significativamente mais altos nas zonas
geográficas 3 e 4, situadas na periferia, do que nas zonas 1 e 2, si-
tuadas nas áreas centrais de Comercinho. Esta diferença parece ter
sido determinada pelas diferenças sociais existentes entre os habi-
tantes das áreas centrais e periféricas da cidade, uma vez que nas
zonas 3 e 4 predominavam os trabalhadores não qualificados como che-
fes de família (73 e 97%, respectivamente), só 10 e 3% dos domicílios
possuíam água encanada e menos de 15% das habitações eram de melhor
qualidade.

A HISTORICIDADE DO BIOLÓGICO

Comunicação Preliminar Sobre o Estudo de um Caso Concreto: A Tuberculose no Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX.

Autores: José Carlos de Souza Lima
José Ricardo Peret Antunes

RESUMO

Neste trabalho discutimos a validade da hipótese de que a queda dos índices de mortalidade por tuberculose na segunda metade do século passado na cidade do Rio de Janeiro, se deve à melhoria das condições de vida da população urbana.

Através de breve estudo bibliográfico constatamos a falta de fundamento de tal explicação, que se constitui, em realidade, numa mera transposição para o "caso brasileiro" da explicação vigente sobre a diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis na Europa no século XIX, em função da industrialização e da melhoria das condições de vida da classe trabalhadora.

Indicamos, como conclusão preliminar, a necessidade de se pensar a articulação biológico-social como fator explicativo. Pensar essa articulação implica em pensar a totalidade da articulação, sem o que se corre o risco de cair em reducionismos biológicos ou sociológicos. Implica, pois em pensar os fatores peculiares à doença, tais como o modo de transmissão, o comportamento do agente, os fatores de resistência, o fenômeno da tuberculinização etc. Impõe-se, assim, que deixamos de trabalhar como se o bacilo "não tivesse nada a ver com a história."

"APONTAMENTOS PARA A EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA"
"O CASO DAS MORTES INTENCIONALMENTE PROVOCADAS"

Adolfo Horacio Chorny
José Carvalho de Noronha

Constatando a importância crescente que as mortes por causas externas vêm assumindo na América Latina como um todo e, em particular, nas grandes áreas urbanas; assim como o grande número de mortes originadas a partir da aparição de forças sociais antagonicas, que fazem uso da força para impor sua hegemonia. Os autores, com o propósito de analisar tais eventos, circunscrevem, dentro das causas externas, as mortes intencionalmente provocadas.

Inicialmente é realizada uma taxonomia dos tipos de agentes responsáveis por essas mortes de acordo com o seu grau de organização. É discutida a relação existente entre as causas de morte consideradas "criminosas" e aquelas outras que podem ser capituladas como "políticas".

Com base nessas apreciações, os autores, sugerem alguns caminhos de reflexão acerca do papel desempenhado pelo aparelho repressivo do Estado (Forças Armadas, polícia, Justiça), por alguns aparelhos ideológicos tais como educação, "belas artes", psiquiatria, religiões, meios de comunicação social. Estes últimos são analisados não só sob suas dimensões específicas mas também como conformadores do "ethos" social.

Através da análise de alguns casos da América Latina, tenta-se verificar a aplicabilidade da proposta analítica e explicar conjunturas específicas nas quais tenham ocorrido aumentos significativos das mortes intencionalmente provocadas.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

RESUMO DO TRABALHO:

"AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL"

DANILEVICZ, Nelson

MENEGHEL, Stela N.

O presente trabalho pretende hierarquizar as delegacias regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul, de acordo com o nível de saúde da população, no período de 1979 a 1982. Selecionou-se cinco indicadores clássicos: mortalidade proporcional em menores de cinco anos, Swaroop-Uemura, coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças infecciosas e percentual de óbitos mal definidos - os que apresentaram maior peso relativo usando metodologia de análise fatorial. Estes indicadores foram padronizados através da variável Z para obtenção de um escore padrão. Através deste escore, classificou-se as regiões administrativas em quatro grupos.

A hierarquização das delegacias permite estabelecer prioridades em termos de ações de saúde e aplicação de recursos. Observou-se também que o nível de saúde parece estar relacionado com o modo de produção agrária, correspondendo os piores níveis às regiões de latifúndio e assalariamento do homem do campo.

MIGRAÇÃO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA REGIÃO
DO POLONOROESTE/MT (1)

Rogério A. Naschenveng(*)

Tendo como referência a região do Polonoroeste/MT, o presente estudo sobre migração foi fundamentado em levantamentos censitários e teve como objetivo contribuir para dois trabalhos em desenvolvimento na Pesquisa em Saúde Pública no Polonoroeste/MT. O primeiro diz respeito ao processo migratório como categoria de análise para uma melhor compreensão da formação sócio-econômica da região. O segundo subsidiar a interpretação social do processo saúde-doença na Pesquisa em Saúde Pública no Polonoroeste/MT.

Registrou-se na região um aumento percentual da população de 254% na década 1970/80. No referido período a migração foi responsável por um aumento de 179% da população rural, a uma taxa anual de 8,5% e na área urbana de 464,4% com uma média de 21,9% ao ano.

É, portanto, expressivo o volume do fluxo migratório para a região, sendo predominante a migração rural-rural. O fluxo rural-urbano merece destaque pelo aumento ocorrido na última década e deve ser objeto de estudos mais detalhados, já que a região é considerada agrícola e zona de futuros assentamentos de colonos, apesar de contraditoriamente já registrar uma elevada concentração fundiária.

Os indicadores demográficos construídos no estudo, tais como: naturalidade, razão de masculinidade, taxas de migração rural-rural, taxas de migração rural-urbana e outros, serão importantes para a interpretação do processo saúde-doença.

(*) profº adjunto-mestre em Sociologia Rural- departamento de Serviço Social e membro do Grupo Sócio-Econômico da Pesquisa em Saúde Pública no Polonoroeste/MT.

(1) Convênio (nº 700.1020.0/83): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, Universidade Federal de Mato Grosso e Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, desenvolvido pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMT, Cuiabá-MT.

Tema: Condições de Vida e Saúde

Título: Condições de Saúde e Demanda por Serviços em Ipatinga

Autores: Francisco Eduardo de Campos, Jacó Lampert, Lúcia Helena Mendes, Max André dos Santos, Soraya Almeida Belisário, Túlio Zulato Neto e Carlos Tadeu Villani Marques.

Ipatinga está localizada na região conhecida como Vale do Aço em Minas Gerais, onde está instalada a maior Usina Siderúrgica da América Latina, a USIMINAS.

O Departamento de Medicina Preventiva da UFMG está assessorando a Prefeitura Municipal de Ipatinga na margem dos Serviços de Saúde do município.

Para melhor caracterizar as condições de saúde e a demanda aos serviços de saúde ali existentes, foi elaborado um questionário composto de 7 blocos adaptado da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD/IBGE), os quais enfocavam: 1. identificação, 2. condições de habitação e saneamento, 3. instrução, 4. condições de trabalho, 5. materno-infantil, 6. incapacidades, 7. morbidade percebida.

Foi selecionada uma amostra representativa da população, incluindo as favelas, composta por 1200 domicílios. O questionário foi aplicado no período de 1 a 15 de agosto de 1983. Os principais resultados encontrados dizem respeito a:

71,6% dos domicílios possuem abastecimento de água por rede geral; 63,5% dos domicílios possuem esgoto sanitário ligado à rede geral; o índice de desemprego encontrado foi de 17,1%; quanto a cobertura vacinal de 0-5 anos encontra-se: Sarampo 52,6%, Sabin 48,68%, Tríplice 48,54%, BCG 65,3%.

Foi constatado 96,9% de partos hospitalares sendo 40,7% de partos caseiros. A prevalência de incapacidade foi de 22,5% e destes 71,0% não recebeu assistência especial.

Prevalência de morbidade agudamente percebida 16,77%. Verificou-se que 54,3% das pessoas que procuraram o serviço de saúde, foram atendidas; 15,5% não procuraram o serviço de saúde por não quererem; 29,9% foi constituído de demanda reprimida.

No que tange à hospitalização verificou-se que 8% das pessoas entrevistadas foram hospitaladas no período de 1 ano; 91% em hospital particular sendo 76,7% pagas pela previdência social.

Relator: Luiz Carlos dos Santos

Endereço: Rua Luzitana, 1.770 - aptº 36 - Centro
13.100 - Campinas - SP

Título: "Estudo de um Surto de Sarampo no Município de Paulínia, Estado de São Paulo".

Autores: Brigina Kemp, Luiz Carlos dos Santos, Marcia Regina Nozawa, Rita Carolina Franco, Salma Regina Rodrigues Balista

É fato conhecido que o sarampo é causa básica do óbito de milhares de crianças brasileiras. A vacinação, assistência médica e as condições sócio-econômica-culturais são fatores relevantes neste processo. Nesse sentido, o trabalho se propõe a analisar os 86 casos do surto de sarampo que ocorreram no município de Paulínia, Estado de São Paulo, no período de 15 de agosto a 10 de outubro de 1984. Procurando-se verificar a influência que alguns dos fatores sócio-econômicos determinaram no comportamento deste fenômeno utilizou-se entre outras variáveis: a renda familiar, número de moradores por domicílio, profissão dos pais, tempo e local de residência no município. Aliado a esta abordagem são também avaliados a cobertura vacinal dos casos, a procura de serviços de assistência médica e o número de hospitalizações. Os dados foram colhidos através de visitas domiciliares mediante a notificação dos casos feitos pelos serviços médicos do município (Centro de Saúde Escola, Pronto Socorro Municipal e Hospital S.C.J.), Escolas e informações obtidas junto aos familiares dos acometidos. Observamos entre outros dados que 52,3% dos casos se encontraram na faixa de renda per-capita de até Cr\$ 50.000 mês, residindo 62,8% deles - na zona urbana, sendo em sua maioria escolares (60,5%). A cobertura vacinal estendeu-se a 41,9% dos casos (incluindo 1ª e 2ª doses). Do total dos casos 17,4% não procurou nenhum serviço de assistência médica, sendo a taxa de hospitalizações de 15,1%. Distutiu-se perante esses resultados a necessidade de uma reestruturação global da política sócio-econômica, da assistência médica e do programa de vacinação para que episódios como este não se repitam.

Visando simultaneamente a implantação efetiva do Serviço de vigilância Epidemiológica em Uberlândia e a formação mais consciente dos recursos humanos em saúde, iniciou-se em fevereiro de 1984 o estágio prático de Vigilância Epidemiológica para os alunos do 3º ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

O trabalho envolvendo docentes e alunos, além de médicos e agentes de saúde do Centro Regional, dentro da perspectiva de integração docente-assistencial, estimula profundas discussões acerca das condições de vida e saúde da população que são os reais determinantes da incidência e elevada prevalência das doenças transmissíveis de notificação compulsória.

Tendo em vista as limitações do serviço de saúde diante da deterioração progressiva das condições de vida do povo brasileiro, torna-se óbvio que o controle e bloqueio dos agravos supra citados remete-se a mobilização da comunidade em torno de suas demandas por habitação, alimentação, saneamento, trabalho e saúde. Assim sendo, a metodologia do estágio consta de seminários para estudo e diagnóstico epidemiológico das doenças de notificação compulsória, investigação dos casos, execução das medidas de controle pertinentes ao serviço de saúde e finalmente reuniões da equipe com a comunidade visando aprofundar a discussão em torno dos determinantes do processo saúde-doença.

O outro objetivo do estágio, qual seja, propiciar ao aluno da graduação de medicina uma visão mais realista das relações existentes entre condições de saúde e conjuntura política econômica social, vem sendo amplamente atingido através da investigação dos casos notificados e do contato direto com a população e com o Serviço de Saúde.

AUTORAS: MARIA CHRISTINA FEKETE

EUGÊNIA MARIA SILVEIRA RODRIGUES

Marcus Vinicius Polignano

Rua La Plata, 293 Aptº 202 - Belo Horizonte- MG

A IMPORTÂNCIA E O PAPEL DO FATOR ECONÔMICO, DO SOCIAL E DO POLÍTICO NA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE UM PAÍS SUBDESENVOLVIDO. Marcus Vinicius Polignano, Maria Amélia de Carvalho Firmo e Silvia Nascimento.

Durante as décadas de 60 e 70, surgiu uma corrente de pensamento que afirmava ser o incremento do crescimento econômico, pura e simplesmente, o caminho para a melhoria das condições de vida e saúde nos países subdesenvolvidos. Os adeptos de tal pensamento postularam que uma vez advindo tal crescimento, o progresso social se sucederia como uma decorrência natural.

O presente trabalho tem por finalidade demonstrar a falsidade da premissa acima mencionada, bem como procurar contribuir para explicitar de que modo os fatores econômicos, sociais e políticos se relacionam na determinação das condições de vida e saúde de um país subdesenvolvido.

Assim, foram apurados dados referentes, principalmente, ao Brasil da década de 70, formulando-se indicadores capazes de demonstrar os níveis de vida e de saúde, correlacionando estes com os fatores econômicos, sociais e políticos.

Ao final, conclue-se que a melhoria das condições de vida e saúde num país subdesenvolvido não depende somente do incremento do fator econômico, mas também de substanciais modificações na estrutura social e política deste país, principalmente através de:

- uma maior redistribuição de propriedades e dos recursos naturais
- uma distribuição mais igualitária das riquezas produzidas
- aumento do capital social
- uma efetiva participação da população nas decisões políticas.

DELMA PESSANHA NEVES

Rua Domingues de Sá nº 274 aptº 702, Icaraí, Niterói, Est.do Rio
CEP 24 220

AS "CURAS MILAGROSAS" E A ORDEM SOCIAL

O trabalho tem por finalidade relativizar as qualificações atribuídas às "curas milagrosas", como parte da "medicina popular", e mostrar como elas qualificam concepções sociais de vida vinculadas a sistemas de crenças religiosos, que tematizam a saúde, a doença e a cura.

Está fundado num estudo de caso, a partir de pesquisa qualificativa junto a três igrejas da Assembléia de Deus.

Conclui que os atos rituais, que supõem a "cura milagrosa", são religiosos e tomam a doença e a saúde como noções instrumentais à inculcação de valores e regras sociais. Falam menos sobre a saúde e a doença e mais sobre a explicitação e objetivação de pautas de condutas, definidas como ideais. Não podem ser assim entendidos através das atribuições de significados vistos como paralelos ou alternativos à medicina científica, porque são fenômenos de natureza diferente, ainda que se referindo aos mesmos temas: saúde e doença.

TÍTULO: UMA TENTATIVA DE ASSIMILAR CRITÉRIOS SOCIAIS, ECONÔMICOS, BIOLÓGICOS, COMPORTAMENTAIS E ASSISTENCIAIS NA DEFINIÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE.

Autores: Dr. Reinaldo José Gianini
Maria Isabel Martinez
Dr. Sergio Von Krakauer Hubner
Maria Conceição Andrade Proença

A partir do "Seminário de Aplicação de Enfoque de Risco na Organização de Serviços de Saúde" realizado em Sorocaba, com base nas discussões, informações e dados apresentados, inclusive aqueles levantados pelo "Projeto de Integração, Ampliação e Extensão da Rede Básica de Serviços de Saúde de Sorocaba" referentes a Mortalidade Infantil diferencial por bairros e Saneamento, entre outros, nosso grupo se propôs a uma experiência no C.S. II de Vila Angélica, bairro de periferia, com uma população pobre e morbidade elevada, para a qual os recursos alocados na Unidade Sanitária são insuficientes, mas que esboça formas concretas de organização de sua população.

Tínhamos por objetivo estudar esta população, seus problemas de saúde mais comuns, mais graves, que lhes causam maiores preocupações, que poderiam ser reduzidas ou invertidas suas tendências crescentes e conseguir a partir deste estudo, que consistiu em entrevistas, reuniões, questionários, discussões em grupo e levantamentos, definir uma série de critérios que seriam utilizados rotineiramente para moldar o atendimento, respondendo-nos o que, a quem, como, por quê, quando e onde atender num Programa de Saúde Infantil. Isto resultou numa Escala que separa esta clientela segundo o risco, num dimensionamento de população alvo, rediscussão da utilização dos recursos existentes de forma a maximizá-los e reformulação do Programa da Criança da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo a nível local. Esta experiência começou a ser aplicada e deverá ser avaliada quando completar 01 (um) ano através de casos controles.

VIOLÊNCIA E MORTE - REVISANDO O TEMA - Everardo Duarte Nunes - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

A proposta do trabalho é revisar a produção mais recente que tem sido elaborada em torno do tema da violência e morte e, especialmente, a literatura brasileira. Retomando alguns estudos epidemiológicos e sociológicos, pretende-se, basicamente, abordar:

1. a interdisciplinaridade do tema e as orientações metodológicas e teóricas dos trabalhos;
2. a questão da distinção entre ato de violência e estado de violência;
3. a magnitude do problema da mortalidade por causas violentas.

Através dessa abordagem procura-se situar a expressão da violência em uma situação de crise, na qual ela se converte em um fator de expropriação da saúde e da vida. Tem sido apontado que a mortalidade por causas externas alcançou, em 1980, no Brasil, 11,8% dos óbitos ocorridos. Isso situa essa causa em 2º lugar, juntamente com as doenças infecciosas e parasitárias. Os estudos epidemiológicos constituem, sem dúvida, uma fonte importante para as análises de acidentes, homicídios e suicídios, porém somente o aprofundamento através de análises que combinem as abordagens de outras áreas do conhecimento poderá esclarecer as reais determinações dessa mortalidade. De outro lado, a situação de violência crônica nos países subdesenvolvidos, mas que se expressa com força contundente nas épocas de crise, evidencia um problema que irá repercutir de forma clara nos perfis de morbidade e mortalidade. Essa é uma outra dimensão da violência que não leva à morte imediata, mas contribui para o desgaste e deterioração da saúde da população: a fome, a doença, a tortura, a perseguição política, como tem sido apontado por diversos estudiosos.

Assim, os três aspectos, vistos através de alguns dados e de algumas análises, entrecruzam-se e oferecem uma perspectiva para se situar a questão em foco.

MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL: DIFERENÇAS REGIONAIS -BARROS,M.B.de A. . (DMPS/TCM/UNICAMP)

No processo de transformação do perfil de mortalidade da população brasileira, cresce a importância absoluta e relativa dos óbitos por acidentes e violências. Em 1980, a mortalidade proporcional por causas externas atinge 11,8% dos óbitos, excluídos os mal definidos.

Apesar da precariedade existente quanto à cobertura e qualidade das informações sobre óbitos, no Brasil, a análise das Estatísticas de Mortalidade, de 1980, publicação do Ministério da Saúde, permitiu uma aproximação preliminar ao problema, com as seguintes observações: o coeficiente de mortalidade por causas externas do sexo masculino (108,7 / 100.000 hab) é 4 vezes maior que o do feminino e o da mortalidade por violência, 5 vezes maior; dos 15 aos 29 anos, as causas externas representam 61% das mortes masculinas; dos 20 aos 49 anos o coeficiente de mortalidade por violência dos homens é 7 vezes maior que o das mulheres. Enquanto para o Brasil como um todo a principal causa, entre as externas, é representada pelos Acidentes por veículo a Motor (19,2%) seguida por Outros Acidentes (13,9%), Homicídios (13,4%) e Outras Violências (13,1%), na região Centro-Oeste o conjunto das Outras Violências ocupa o primeiro posto (24,9%) e na Região Sul, o segundo (15,5%).

Os maiores coeficientes por causas externas e por violências são observados nas regiões Centro-Oeste (88,8% e 45,8%) e Sudeste (74,1% e 33,9% respectivamente).

Quanto às Unidades da Federação os coeficientes mais elevados foram observados no Rio de Janeiro (99,4%), em Rondônia (90,3%) e nos Estados da Região Centro-Oeste: Mato Grosso do Sul (105,4%), Goiás (90,8%), Mato Grosso (78,4%) e Distrito Federal (73,4%).

Os diferenciais da mortalidade por acidentes e violências apontam o grande interesse no aprofundamento do estudo desse problema e de sua relação com as taxas de crescimento populacional, situações regionais de posse e uso da terra e questões relativas à marginalidade urbana.

CRISE ECONÔMICA E TENDÊNCIA ATUAL DA TUBERCULOSE
NO BRASIL

Dina Czeresnia Costa

Esse trabalho tem como finalidade analisar os fatores que influenciam na magnitude e tendência da tuberculose nas sociedades contemporâneas; as limitações e dificuldades que apresentam os indicadores utilizados para medir a doença; e discutir o desenvolvimento recente da tuberculose no Brasil, através de dados de notificação de 77 a 83.

O trabalho será realizado através de revisão bibliográfica sobre epidemiologia da tuberculose e análise comparativa dos dados de notificação dos Estados do Rio Grande do Sul, Pará e do Brasil.

Vários fatores influenciam a magnitude e a tendência da tuberculose: o padrão de vida das populações, a ação de medidas específicas através dos serviços de saúde e o número de fontes de contágio que favorecem a sua transmissão. Temos como tese que há uma tendência de queda dos coeficientes de incidência e da taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil em anos recentes, que não é contraditória com a degradação do padrão de vida da população. Este ritmo de queda é lento, e semelhante ao encontrado em outros países com baixas condições de vida. Já o ritmo de queda da incidência nos países desenvolvidos é muito mais acentuado.

É portanto muito difícil estabelecer uma relação direta entre a aguda crise econômica e social atual e aumento do número de casos e mortes por tuberculose, embora o peso das condições sociais permaneça exercendo forte influência na tendência da tuberculose no país.

Nome do Apresentador: Benedictus Philadelpho de
Siqueira

Endereço : Rua Artur Itabirano 45 -
30.000 - Belo Horizonte- MG

Título: EPIDEMIOLOGIA DOS PROBLEMAS NUTRICIONAIS EM MINAS GERAIS:
ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES (5)

1. Finalidade do trabalho:

O objetivo central do trabalho é a identificação de alguns aspectos considerados relevantes no estudo da situação nutricional em Minas Gerais.

Para tanto, pretende adotar um enfoque social na compreensão do processo nutrição/mã-nutrição, tentando superar o enfoque predominantemente biológico que permeou durante vários anos o avanço dos estudos epidemiológicos.

Partindo de alguns dados globais que exprimem a relevância do tema a nível internacional, Nacional até à situação em Minas Gerais, faz em seguida uma breve revisão crítica dos estudos nutricionais como processo biológico e como fenômeno multicausal, propondo então uma abordagem do tema como fenômeno social e coletivo.

2. Método:

O estudo dos problemas nutricionais como fenômeno social e coletivo supõe a análise das relações de produção como indicativa da posição dos sujeitos na estrutura social e não apenas o uso de indicadores de consumo.

Assim o trabalho, ao buscar a especificidade do processo nutrição/mã-nutrição nas condições históricas específicas de Minas Gerais na década de 80, adapta um modelo proposto por MACHADO & PENCHAS_ZADEH para a identificação de aspectos relevantes desta análise.

O modelo supõe a identificação, inicialmente, dos determinantes dos problemas nutricionais a nível da estrutura da sociedade e da distribuição diferenciada dos problemas nutricionais segundo classes e frações de classe historicamente determinadas. A partir dessas identificações é que se atingiria os indivíduos pertencentes a essas classes e frações de classe para então, e só então, sofrer as

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

São apresentados os seguintes aspectos considerados expressivos da situação nutricional em Minas Gerais.

- . Distribuição das propriedades agrícolas, por tamanho, em Minas Gerais, configurando uma alta concentração nas mãos dos grandes proprietários;
- . Uso da terra em Minas Gerais, demonstrando que apenas 7,84% estão sendo usadas para culturas temporárias e que 4,5% não estão sendo utilizadas;
- . Produção de Alimentos, comprovando o crescimento de produtos ligados a exportação em índices muito superiores aos de alimentos básicos;
- . Consumo de adubos, defensivos e máquinas agrícolas, desvendando a invasão capitalista no campo e as prioridades ditadas pela busca de lucratividade;
- . Capacidade Aquisitiva e Acesso Diferencial aos bens e serviços, expresso por distribuição de renda por faixas de salário mínimo; dados de desemprego; tempo gasto para comprar ração básica; aumento do preço dos alimentos através de cadeia de comercialização; consumo de leite por classe de renda, consumo por classe de despesa e por tipo de atividade do trabalhador agrícola.

Os dados referem-se principalmente a situações a nível da estrutura da sociedade num determinado momento histórico - Minas Gerais na década de 80 - exigido, portanto, novos estudos empíricos que aprofundem a análise a nível de classes e frações de classe.

ALTERAÇÕES ECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS -
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES - JOSÉ SARAIVA FELIPE*

O autor estabelece uma correlação entre as alterações econômicas e das condições de vida da população do Norte de Minas (região de Montes Claros). Uma preocupação que perpassa as considerações é a de evitar relações mecanicistas, que ignoram as mediações políticas e sociais que, a partir do processo de concentração econômica, interferem nas condições de vida e níveis de saúde da população.

Inicialmente é discutida a repercussão da "entrada" do conhecimento econômico na área da saúde. A inequívoca contribuição é cotejada com as limitações da articulação entre a amplitude e a criticidade incorporadas com as possibilidades das práticas profissionais e institucionais, traduzidas nas propostas de intervenções setoriais.

Através de uma análise sucinta, sustentada em dados e indicadores, são apresentadas as alterações do quadro sócio-político e da estrutura econômica da região, ocorridas dentro de um processo acelerado de penetração do capital. O papel do Estado como viabilizador e potencializador da acumulação e as suas formas de interveniência são relevadas.

A forma predatória de exploração econômica, que tem favorecido "diretamente" a expansão de processos mórbidos, como a Doença de Chagas, permite perceber a subalternização e subordinação das políticas sociais dentro do modelo de crescimento econômico imposto à formação social brasileira.

O papel da expansão de serviços básicos de saúde e, então, analisado.

A conclusão enfatiza a necessidade da participação da sociedade civil organizada, através de amplos debates, na formulação de diretrizes e propostas para o Governo de transição democrática que se avizinha.

INDICADORES DE SAÚDE DE NATAL (1977/1978).

VALDENICE FERNANDES DA CUNHA

MARIA DE JESUS DO NASCIMENTO DAPIEVE

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento dos indicadores de saúde de Natal, baseados em dados oficiais ou seja, dados de mortalidade da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte, foi realizado um estudo descritivo de dois anos (1977 /1978).

Uma tentativa de análise de uma série histórica é esboçada quando se apresenta dados de população e coeficiente de mortalidade geral de 1970 a 1978, mas a incoerência dos dados populacionais admitida pela publicação oficial demonstra a impraticabilidade dessa análise. Detivemo-nos então nos dois anos mais coerentes (1977/1978) e trabalhamos com a razão de mortalidade proporcional, a curva de mortalidade proporcional, a mortalidade proporcional de menores de 5 anos e a mortalidade infantil.

Os índices calculados estão de acordo entre si, sugerindo mortalidade infantil alta e número elevado de mortes por doenças infecciosas e carenciais.

As deficiências de registros no Estado é marcante, principalmente nas classes de baixo poder aquisitivo, no que urge uma solução das autoridades competentes para minimizar o fato.

EXPERIÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE DOENÇA
FEBRIL DIARRÉICA EM IRAPÉ.

Experiência realizada por equipe multiprofissional composta de médicos sanitaristas do Serviço de Epidemiologia e Estatística e sociólogos e estatísticos, estagiários da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

No período de setembro de 1983 a janeiro de 1984 ocorreu uma epidemia com 150 casos notificados de doença febril diarreica no Distrito de Irapé, com população de 2531 habitantes, pertencente ao Município de Chavantes, Estado de São Paulo. Os casos não apresentaram concentração espacial em nenhuma área da localidade. Os primeiros casos foram notificados com suspeita de febre tifóide tendo o corrido após o início de um programa de cloração de água de abastecimento público levado a efeito na sequência de episódio de rompimento da rede de esgoto. Esses acontecimentos criaram condições para a realização de estudo das características clínicas e epidemiológicas da doença naquela comunidade, bem como, para avaliação do comportamento da população frente à epidemia e às intervenções institucionais sobre a mesma.

Os dados e informações foram obtidos de instrumentos de registro do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, entrevistas com a equipe do Centro de Saúde local e questionários que foram aplicados em amostra da população. Foi realizada colheita de amostras de fezes para exame de coprocultura visando pesquisar a taxa de portadores convalescentes, portadores em comunicantes familiares e na população geral.

A apreciação dos resultados revelou grande porcentagem de casos com quadro clínico não característico de febre tifóide, exames laboratoriais que foram considerados insuficientes para confirmação diagnóstica dessa patologia, com negatividade de todos os exames de coprocultura realizados.

A precariedade dos dados clínicos e laboratoriais impediram uma conclusão definitiva sobre o agente etiológico da doença, mas parece indicar um não envolvimento da *Salmonella typhi*. A negatividade das coproculturas impediu alcançar os objetivos inicialmente propostos para a colheita desse exame, porém colaborou para afastar a hipótese etiológica de febre tifóide.

A população é composta de mão-de-obra volante, sendo relativamente semelhante quanto à sua origem e consumo de serviços de Saúde, vivendo em precárias condições de vida. Esta mostrou-se cética em relação ao diagnóstico de febre tifóide, por ter vivenciado anteriormente - na década de 50 - epidemia dessa doença que apresentou repercussões de maior gravidade que a presente. Este fato contribuiu sobremaneira para que as medidas de controle encontrassem forte resistência da população, reforçada pela ausência de orientação adequada por parte das instituições executadas dessas medidas.

Atuando enquanto equipe de uma instituição que necessita dar respostas imediatas e eficazes aos problemas que se apresentam, a pesquisa revelou a insuficiência dos dados contidos nos atuais instrumentos do Sistema de Vigilância Epidemiológica, as dificuldades operacionais para realização de exames laboratoriais necessários e em tempo oportuno e a deficiência na atuação das instituições junto a população pela não integração entre elas e ausência de mecanismos sistemáticos de contatos com a mesma.

Autores: DR. ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR, Dra. GERUSA MARIA FIGUEIREDO, MÁRCIA B. DE OLIVEIRA, DRA. MARIA ELIZABETH DA S. H. CORRÊA, MARIA DE FATIMA F. S. GALVANESI, MARIKO KATO, SUELY VALLIM.

Colaboradores : Departamento Regional de Marília
Centro de Saúde Chavantes.

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL E DOS NÍVEIS DE ANTICORPOS' CONTRA SARAMPO E POLIOMIELITE EM MENORES DE 18 MESES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. - MARINA RUIZ DE MATOS, MONICA APARECIDA MARCONDES CECILIO, MARIA CECÍLIA G.P. ALVES, MARTA CURI CHRISTIANINI, MIRIAM CORREA, LINDINALVA LAURINDO.

O Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou uma pesquisa visando o conhecimento real da cobertura das vacinas obrigatórias constantes do Programa Nacional de Imunização e dos níveis de anticorpos existentes contra sarampo e poliomielite. O trabalho de campo foi realizado em 2800 domicílios amostrados por subdistritos de paz entre julho de 1982 e março de 1983. Foram analisados os motivos de procura dos serviços de vacinação, os serviços utilizados em caso de doença, o perfil sócio-econômico das famílias amostradas e o perfil das crianças abaixo de 18 meses do Município. Os dados referentes à cobertura evidenciaram uma variação muito grande em relação a cada vacina, para os 56 distritos e subdistritos de paz do Município que está relacionada a avaliação e importância atribuída às vacinas e ao acesso da população aos serviços de saúde.

Foi ainda verificada a incidência das doenças passíveis de imunização nesta população e criadas categorias sócio-econômicas a partir dos dados de condições materiais das habitações, da distribuição da renda e da ocupação e ramo de atividade, evidenciando para as categorias sócio-econômicas de mais baixa renda, o uso predominante do setor público e uma clara avaliação de suas deficiências, tais como: falta de recursos humanos adequados, falta de medicamentos, período de funcionamento reduzido, baixa qualidade de serviços.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Autores: Stela N. Meneghel e Nelson Danilevicz

O presente trabalho pretende hierarquizar as delegacias regionais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, de acordo com o nível de saúde da população, no período de 1979 a 1982.

Selecionou-se cinco indicadores clássicos: mortalidade proporcional em menores de cinco anos, Swaroop-Uemura, coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças infecciosas e percentual de óbitos maldefinidos - os que apresentaram maior peso relativo usando metodologia de análise fatorial. Estes indicadores foram padronizados através da variável z para obtenção de um escore único. Através deste escore, classificou-se as regiões administrativas em quatro grupos. A hierarquização das delegacias permite estabelecer prioridades em termos de ações de saúde e aplicação de recursos. Observou-se também que o nível de saúde parece estar relacionado com o modo de produção agrária, correspondendo os piores níveis às regiões de latifúndio e assalariamento do homem do campo.

Tania Ruiz - Universidade Federal de Viçosa - Deptº de Nutrição e Saú
de - CEP: 36.570 - Viçosa - MG

TANIA RUIZ, PERCILIA DOLORES VALENZA, MARILENE PINHEIRO EUCLYDES, MA-
RIA DO CARMO FONTES DE OLIVEIRA.

O Internato Rural no Curso de Graduação em Nutrição da Universidade
Federal de Viçosa

Com a finalidade de discutir os 3 anos de Internato Rural como disciplina do Curso de Nutrição da U.F.V., foram analisados 22 relató-
rios da experiência que 46 estudantes tiveram em duas comunidades da
região. O Internato Rural faz parte do Programa Docente-Assistencial
do Departamento de Nutrição e Saúde, tem a duração de 4 semanas e é
opcional no curriculum. Ao fim desse período observamos que os objeti-
vos iniciais não têm sido cumpridos, principalmente no referente ao
desenvolvimento da comunidade. Chama a atenção a falta de estímulo
dos seus habitantes para identificação de problemas e para a sua orga-
nização tentando solucioná-los. A saúde, apesar de refletir-se em ín-
dices próprios de condições de vida muito precárias, nunca é vista
por eles como problema prioritário. Também em relação à produção do
trabalho (caracterizada por cultura de subsistência e assalariamento
diário) só existe estímulo para mudança desse panorama quando o estu-
dante está presente. Além disso, tivemos muitos problemas para finan-
ciamento do programa e das pesquisas na área. A grande maioria de es-
tudentes não optam pelo estágio, somente se dispendo a ir os já soci-
almente sensibilizados, líderes estudantis, etc. Isso adicionado ao
período de férias tem impossibilitado a continuidade dos trabalhos.
A falta de criatividade e preparo do aluno e a expectativa da popula-
ção para ações técnico-assistenciais são problemas suplementares.

Conscientes da problemática nutricional do país e seus condi-
cionantes, questionamos o não cumprimento dos objetivos analisando as
características próprias da comunidade que impedem o seu desenvolvi-
mento e por outro lado o potencial dos nossos alunos para contribuir
ao processo de resolução dos problemas nutricionais do país.

SÍNTESE DO PANORAMA SANITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS

Autora: Margarida Campos dos Santos

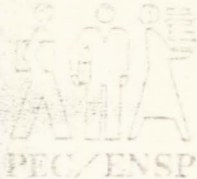
Endereço: Av. Bartolomeu Bueno da Silva nº 209 - D. Pedro II - Manaus

Partindo da análise de múltiplos fatores condicionantes das condições de vida do povo amazonense pretendemos ressaltar a evidência de que os problemas de saúde não são problemas de saúde mas problemas sociais que decorrem diretamente das condições concretas da existência dos indivíduos na sociedade.

O método de análise para a apreensão da realidade Manaus-Amazonas foi essencialmente histórico e dialético na medida em que buscou a origem do problema pela compreensão dos mecanismos que o produzem. No entanto para a identificação e mensuração do nível de saúde nos baseamos no método científico.

Os resultados apontados pela análise dos dados denunciam um baixo nível de saúde e a íntima relação entre este e as condições de vida a que está submetida a grande maioria da população.

A conclusão maior que importa destacar é que a situação de saúde configurada não é típica nem peculiar a realidade Manaus-Amazonas na medida em que decorre do modelo de desenvolvimento adotado que privilegia interesses econômicos em detrimento das necessárias medidas de desenvolvimento social.



CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Autores: Mari Shirabayashi, Wilton de Oliveira Bussab, Niobe Prado,
Linda Lee Ho

O estudo teve por objetivo oferecer subsídios à ação dos órgãos da administração pública voltados à área de saúde, através do mapeamento das condições de saúde no Estado.

Utilizando uma estratégia quantitativa de investigação, pelo emprego intensivo de técnicas estatísticas (análise descritiva, testes de confiabilidade de variáveis, análise fatorial, cluster analysis, etc.) a dados secundários de 1930, chegou-se ao mapeamento de sub-regiões homogêneas do Estado de São Paulo, segundo: o conjunto de indicadores sócio-econômicos (Arrecadação, Bens de Consumo, Modernização Agrícola, População Economicamente Ativa Rural, Assistência à Saúde, Educação, Saneamento Básico e Condições de Moradia); o conjunto de indicadores de mortalidade (dois de mortalidade por causas associadas ao subdesenvolvimento e um por causas associadas ao desenvolvimento); os dois conjuntos de indicadores ao mesmo tempo e ainda, segundo cada indicador.

Devido a metodologia utilizada, os resultados apreendem somente as relações mais gerais entre os dois conjuntos de indicadores. Duas foram as conclusões que alertam o planejamento de saúde no Estado: uma mesma estrutura de mortalidade pode ser decorrente de diferentes situações sócio-econômicas, o que pressupõe a necessidade de modelos também diferenciados de intervenção.

Mesmo dentro de um grupo homogêneo, existem diferenças entre as sub-regiões. Tais diferenças devem ser consideradas sempre que as regiões forem objeto de intervenções concretas.

GRUPO DE TRABALHO 6

"PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA E DOENÇA"

RESUMOS

Coordenadores: (Brasil)

Jaime Breilh (Equador)

CARLOS ERNESTO FERREIRA STARLING

Rua Ametista, 663 - Apto. 202 - Prado

30.000 - Belo Horizonte - MG

Fone: 335-2978

OS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO BRASIL & MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

CARLOS ERNESTO FERREIRA STARLING

O autor apresenta um estudo ainda em andamento, sobre a mortalidade por acidentes de trânsitos no Brasil, em uma série histórica de 1938 a 1981.

Inicialmente, analisa-se a magnitude do problema em relação às demais causas de morte registrados no obituário nacional.

Posteriormente, procura-se estabelecer um paralelo entre o incremento da mortalidade e as seguintes variáveis:

- crescimento da indústria e da produção automobilística nacional.
- crescimento da malha viária nacional e sua lógica de expansão e construção.
- jornada de trabalho dos motoristas profissionais.

Neste mesmo momento, é feita uma análise crítica das formas de abordagens do assunto pelos órgãos oficiais (CONTRAN), assim como das tentativas de sensibilização da população comumente utilizadas (Campanhas de trânsito).

Finalmente, é feita uma comparação do problema com outros países capitalistas (centrais e periféricos) e socialistas.

SAÚDE E REPRODUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO
ORGANIZAÇÕES DOMICILIARES E ALTERNATIVAS DE SOBREVIVÊNCIA

Paulete Goldenberg

Considerando a precariedade das condições de inserção do trabalhador no mercado de trabalho e as limitações que seus rendimentos impõem à manutenção de suas condições de existência e de seus descendentes, colocou-se, como objetivo do presente estudo a identificação das organizações domiciliares como alternativas de sobrevivência. A partir de uma amostra de famílias de baixa renda no Município de São Paulo (1978/79) foram observados os recursos de obtenção dos meios de subsistência, no período marcado pelo nascimento e desenvolvimento de uma criança, no primeiro ano de vida. Através de um acompanhamento mensal, levantaram-se as condições de emprego dos integrantes das organizações domiciliares Nucleares e Ampliadas, e, sua participação na composição do orçamento. Destacando-se as condições de inserção da mãe do lactente e/ou do respectivo cônjuge no mercado de trabalho observou-se que a ampliação constituiu-se num recurso alternativo para compensar, no plano econômico, os baixos rendimentos dos integrantes do núcleo reprodutivo.

No plano biológico, a desnutrição do lactente, como medida das limitações impostas à reprodução, confirmou o acesso aos benefícios que a ampliação, como alternativa de sobrevivência é capaz de gerar. Apesar dos níveis significativamente inferiores dos rendimentos dos núcleos reprodutivos nas famílias Ampliadas observou-se um nivelamento da ocorrência da desnutrição no primeiro ano de vida, em ambas as organizações domiciliares. Nestas condições, a ocorrência de desnutrição apresentou-se associada à renda do domicílio e não à renda do núcleo reprodutivo. Acrescenta-se que, ao nivelar a ocorrência de desnutrição em ambas as organizações domiciliares, a ampliação estaria fornecendo melhores condições de superar as limitações referentes ao peso ao nascer, inferior a 3.000 gramas, apontado como fator de importância na etiologia da desnutrição.

Foram extensivos estes benefícios aos filhos de mães naturais do meio rural, com pouco tempo de permanência na Capital, configurando-se as formações alternativas de sobrevivência associadas à presença de migrantes, que se constituem no elemento mais expressivo da composição das classes trabalhadoras, dentro dos padrões vigentes de acumulação de capital.

Indícios a respeito de melhores condições de existência nas famílias Ampliadas, paralelamente à maximização dos rendimentos neste processo associativo, justificaram a constituição da ampliação como mecanismo de defesa da reprodução da força de trabalho, nas condições adversas criadas pelo desenvolvimento capitalista entre nós. Considerando que essas formações sociais foram capazes de amortizar o desgaste decorrente da forma como se estruturam as relações sociais de produção em nosso meio, chama-se a atenção para a sua consideração na avaliação das condições de saúde do trabalhador e seus familiares.

Flavio Luiz Schieck Valente

Rua A, nº 18, Conjunto Guarani, Córrego Grande, Florianópolis, 88.000

Santa Catarina

DETERMINANTES DA FOME E DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL SOB O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA. Dr. Flavio Luiz Schieck Valente

Neste trabalho buscamos estudar as relações entre os determinantes do estado nutricional, dos hábitos alimentares e da própria prática em Educação Nutricional, na tentativa de lançar bases para uma Educação Nutricional crítica, comprometida com a real alteração das condições de vida e com a erradicação total da fome.

E discutida a perfeita articulação entre a visão de causação da fome defendida pela Epidemiologia Tradicional e a postura teórica das Escolas educacionais que permeiam a prática da Educação Nutricional, sendo demonstrado o seu comprometimento com a manutenção do status quo através de revisão da literatura.

Com base na abordagem materialista-histórica estuda-se a determinação social da fome e da própria educação, partindo-se para a discussão das bases de uma Educação Nutricional Crítica que: 1. se fundamente na igualdade real e não formal entre os seres humanos; 2. se reconheça como sendo socialmente condicionada; 3. entenda que a educação se relaciona dialéticamente com a estrutura social, portanto, apesar de determinada, influencia o determinante; 4. difunda os conteúdos necessários à transformação concreta da realidade.

Uma proposta metodológica inicial é apresentada e são discutidos os papéis do educador e do educando neste processo. São apresentados alguns princípios básicos para uma Educação Nutricional Crítica, rompendo-se com a neutralidade aparente que caracteriza esta área de conhecimento.

MIGRAÇÕES HUMANAS E MALÁRIA. ESTUDO DE UM CASO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

REINALDO GUIMARÃES

HÉSIO CORDEIRO

NILCEA FREIRE FAERSTEIN

ANA CRISTINA CUNHA

Como consequência da Reunião sobre Migração e Doenças Tropicais, realizada em Washington em dezembro de 1982 sob o patrocínio da OPS, foi elaborado um projeto para examinar a articulação da Malária com o processo de Migração Humana para a Amazônia Legal. Como é sabido, desde 1974 a prevalência da doença vem aumentando em toda a área endêmica do país, sendo esperados para 1984 mais de 400.000 casos diagnosticados, sendo sua quase totalidade oriunda da Amazônia. Dentre os determinantes conhecidos desta situação, destaca-se o papel da fronteira de expansão econômica localizada na região, que durante a década de 70, mobilizou para lá cerca de 1.200.000 pessoas (MARTINE, 1982).

O objetivo do projeto é estudar a associação entre a migração e a ocorrência da doença de um ponto de vista individual, posto que a associação coletiva já está bem estabelecida. Para isto foi selecionada, de acordo com a SUCAM, M.S., uma área no Norte do Estado de Mato Grosso, onde o processo migratório é, hoje, intenso, onde a incidência da Malária é alta e onde estão localizadas diversas modalidades de produção com distintas formas de relações sociais de produção. Apresentar-se-ão os resultados da primeira expedição ao terreno, com as principais características da região, bem como a metodologia a ser empregada no trabalho de campo a ser realizado proximoamente.

GRUPO DE TRABALHO 7

"A CRISE, AS SOCIEDADES EM TRANSIÇÃO E A SAÚDE"

RESUMOS

Coordenadores: David Capistrano (Brasil)

Mariano Zalazar Castellón (Nicarágua)

PROBLEMAS POLÍTICOS CONCRETOS QUE EMERGEM NO DIA-A-DIA A PARTIR DAS RE
LAÇÕES DETERMINADAS PELO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL
VIVIDO PELO INTERNATO RURAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MINAS GERAIS, NAS REGIÕES DO OESTE DE MINAS E VALE DO AÇO:
ESTRATÉGIA PARA RESOLVÊ-LOS POLITICAMENTE.

FRANCISCO PANADÉS RUBIÓ*

LUIZ EDUARDO DO NASCIMENTO*

VICENTE DE PAULO TORRES DA SILVA*

MARIA ELICE NERY PROCÓPIO**

Desde os idos de 1978, quando vem à prática o programa de in
tegração docente-assistencial da Faculdade de Medicina da UFMG, o Inter
nato Rural, as relações interinstitucionais e políticas estabelecidas
com o Estado, a partir das Prefeituras Municipais e Serviços de Saúde
Pública, bem como com a Sociedade Civil, através das entidades de clas
ses/Partidos Políticos/instituições religiosas/culturais/e de defesa ci
vil, vêm sendo tratadas de uma forma simplista, empírica, funcionalista,
etc., ou seja, num nível de acentuada despolitização, o que trouxe inu
meros obstáculos adicionais àqueles que "naturalmente" surgiriam a par
tir do processo de desenvolvimento das relações interinstitucionais e
políticas que estão embutidas no trabalho de equacionar e propor solu
ções para os problemas de saúde coletiva.

Os autores procuram, a partir de uma análise aprofundada da
conjuntura brasileira, caracterizar o momento político atual e resgatar
a estratégia que deve nortear a luta pela melhoria das condições de vi
da e de saúde do povo brasileiro.

*Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 9º andar

**Médica dos Sindicatos dos Trabalhadores Metalúrgicos de Ipatinga e
Timóteo.
Gerente do Centro Social Urbano de Ipatinga.

Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Dra. Maria Helena Pinheiro Cardoso

Dra. Maria Lúcia M.B. Cordeiro

A pedido do Arcebispado do Ceará, em 1980, os autores buscaram definir a relação Migração X Doença Mental, e para isto desenvolveram investigação bibliográfica em 4 etapas:

1º) Levantamento de todos os trabalhos escritos por psiquiatras cearenses, que discutissem, direta ou indiretamente, a relação estudada.

2º) Escolha de bibliografia sobre história político-econômica do Estado do Ceará.

3º) Escolha de bibliografia sobre padrões culturais cearenses e provável especificidade caracterológica do camponês cearense.

4º) Escolha de bibliografia em Psiquiatria Social e Psicopatologia que estabelecessem marcos teóricos para a investigação do problema.

Concluem que os trabalhos locais escritos até o momento não dão conta do problema, por profundas limitações metodológicas; sugerem um modelo epidemiológico de investigação, associado a modelo antropológico; demonstram a vulnerabilidade psico-sócio-econômica do camponês cearense; e defendem a idéia de que Migração pode ser co-fator de vulnerabilidade da Saúde Mental, sendo pauperização e fracasso das esperanças causas mais lógicas de adoecimento.

ELEUTÉRIO RODRÍGUEZ NETO
END.. RUA GUSTAVO SAMPAIO, 811/303 - LEME - RJ.

A INTEGRAÇÃO, COMO CATEGORIA ANALÍTICA DO SETOR SAÚDE

ELEUTÉRIO RODRÍGUEZ NETO

Este trabalho tem por finalidade expor ao debate a tese de que a "integração" constitui-se numa categoria que permite analisar o grau de democratização ou socialização das práticas de saúde correspondentemente do setor de prestação de serviços, recuperando a sua dimensão política e não puramente técnica e administrativa.

Tal concepção procura apoiar-se nas formas históricas de compreensão do fenômeno saúde/doença e dos correspondentes modelos de organização da prática médica.

Parte-se do suposto que a "desintegração" do objeto de atuação da prática médica assumiu, ao longo do tempo, formas específicas que serviram ao propósito de usar o conhecimento médico e suas práticas como estratégias e instrumentos de hegemonia. Isto é, a desintegração do conhecimento e das práticas médicas é condição (necessária, mas não suficiente), da sociedade de classes.

Na antiguidade clássica, distinguiram-se dois tipos de conhecimento médico, com práticas correspondentes, conforme se aplicassem a escravos ou cidadãos; na idade média adquiriam status hierarquizados as práticas internistas (dos físicos) e as dos cirurgiões; passando por um período de uma busca de maior integração na passagem do modo de produção feudal para o capitalismo mercantil, em função do processo de reorganização social de então, começa novamente a atomizar-se através do ideal tecnicista e biologicista da sociedade industrial, com sua culminância no modelo "flexneriano" desenvolvido neste século.

Observam-se todos os movimentos reformistas das últimas décadas tendo como mote (discursivo) a recuperação da integralidade da prática médica, que de fato só adquire condições de se efetivar nas formações sociais que passam a se organizar sob uma nova ordem econômica socialista (ou de transição).

Chama-se a atenção para a distinção necessária entre a categoria "integração" com o mesmo significado eufemista do fascismo e do integralismo, em que o núcleo de integração é o Estado autoritário, "integral", síntese das contradições no nível do econômico, do político e do religioso.

A CRISE E O PROJETO RACIONALIZADOR NO SETOR SAÚDE SUAS PERSPECTIVAS FACE À TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

Miguel Murat Vasconcellos

Trata-se de, detalhando as etapas percorridas no desenvolvimento das políticas racionalizadoras e modernizantes no Setor Saúde, captar as tendências dos discursos e práticas institucionais face às perspectivas que estão se colocando a partir da atual conjuntura política/econômica brasileira.

Nesse sentido tenta-se, através da revisão dos mecanismos geradores das propostas racionalizadoras assim como da concretização de suas práticas e, principalmente, da observação participante, situar os diversos grupos de interesses, suas alianças e seus conflitos, na busca da hegemonia, e por via de consequência, dos benefícios das políticas públicas para o setor, levadas a cabo seja pelo Ministério da Saúde, seja pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Tem como marco, no início dos anos 60, por um lado a reunião da OEA em Punta del Este (berço do método OPAS-CENDES) onde decidiu-se a utilização do planejamento como instrumento do desenvolvimento econômico e por outro, a emergência do Estado autoritário brasileiro, abordando o processo de esvaziamento do Ministério da Saúde como centro formulado das Políticas de Saúde e a impressionante expansão do setor privado médico-hospitalar da Previdência Social.

Vê a dupla falência do modelo autoritário, a crise econômica e a crise política como a conjuntura ideal para a saída da "marginalidade" dos projetos racionalizadores tipo PIASS e PLUS, que ganham maior abrangência, maior solidez conceitual até a atual proposta estratégica de reorientação do setor, elaborada por essa nova categoria de planejadores (a nova tecnocracia previdenciária) que o CONASP permite vir à luz, consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde.

A partir daí procura situar ao nível dos grupos de interesse, anteriormente mencionados (empresários hospitalares, empresas de medicina de grupo, setores liberais, seguros -saúde e a tecnoburocracia) os apoios e impedimentos, os avanços e recuos das proposições contidas nas AIS (descenralização, integração e co-participação no financiamento) face as alternativas políticas que se colocam para 1985.

A conclusão é, logicamente, uma opção, não há neutralidade. Pretende-se ganhar apoios, firmando posição a favor das estratégias incorporadas pelas AIS que são consideradas as mais coerentes, mais consistentes, enfim a proposta viável a ser utilizada na busca da democratização da Saúde, no Brasil.

Título: A HOMEOPATIA NA SAÚDE COLETIVA

Dr. Sergio Von Krakawer e Dr. Reinaldo José Gianini

Num mundo conturbado por crises que se sucedem em diversos setores, aparentemente desconexos, entendemos que há um epicentro aglutinador: ele se situa no modo de produção industrial e na pseudoneutralidade do conhecimento dito científico. No setor saúde isto se reflete na "contraprodutividade estrutural" dos sistemas de saúde, subjugados aos interesses mercantis, que não só encarecem as atividades relacionadas à saúde, de modo geral, como dificultam o acesso da população a esse "estado de bem estar bio-psico-sócio-pneumático"- inacessível também porque saúde e doença são colocados como fatos externos à pessoa e à coletividade.

Já que, de maneira mais ampla, todo agravo à saúde significa uma restrição da capacidade de autonomia do indivíduo, procuramos demonstrar que essa perda de autonomia existe em todos os graus da hierarquia dos sistemas de saúde- a pessoa e os ministérios de saúde são servís ao poder da tecnologia. Para quebrar esse modelo e permitir a entrada num círculo virtuoso de filosofia e ações, entendemos que as tecnologias ditas alternativas devem ser melhor avaliadas, e, dentre elas, nos restringimos à Homeopatia. Não queremos comparar a efetividade do tratamento, considerandó este assunto muito amplo e por demais discutido; realçamos, outrossim, a relação custo-benefício e as possibilidades de desvinculamento, tanto individual como coletivo, da roda-viva da medicalizaçãp social, i.e., do "modus operandi" gerador da crise, para a possibilidade de aquisição de atitudes higiênicas (Higéia, das filhas de Esculápio, era a que conhecia a "arte de viver bem") que permitam a libertação no caminho de uma saúde plena e acessível. O trabalho se baseia em nossa vivência de trabalho em Centros de Saúde em Sorocaba e em Jaurudore, interior do Mato Grosso.

MEDICINA, INDÚSTRIA E COMÉRCIO; UM ESTUDO SOBRE AS EMPRESAS MÉDICAS E SUA CLIENTELA INDUSTRIAL - Léa Delba Peixoto Beviláqua - Deptº de Medicina Preventiva e Social -FCM UNICAMP

Os dados foram levantados nas cidades de São Bernardo do Campo e Campinas - Estado de São Paulo, no ano de 1983.

Para a coleta das informações a técnica da entrevista revelou-se bastante apropriada, permitindo relatos enriquecidos, do ponto de vista qualitativo.

Foram entrevistados 300 usuários dos serviços de 10 Empresas Médicas estabelecidas nas cidades de São Bernardo e Campinas.

Todos os entrevistados eram, na ocasião, empregados de indústrias que mantinham convênio de assistência médica com essas empresas médicas.

Pretendeu-se, com este trabalho, analisar as empresas médicas, sua estrutura organizacional e funcionamento através dos depoimentos dos usuários de seus serviços.

As sedes dos Sindicatos foram utilizadas como ponto de apoio para a seleção dos entrevistados.

Os entrevistados eram todos trabalhadores sindicalizados e as entrevistas foram realizadas nas sedes de cinco sindicatos de trabalhadores.

Os dados obtidos possibilitaram uma caracterização das empresas médicas, sua estratégia de crescimento, sua estrutura de funcionamento através da prestação de serviços médicos, e principalmente as relações de complementariedade que se estabelecem entre os interesses "funcionais" da indústria e os da empresa médica.

Foram analisadas as diferentes modalidades de Convênios de Assistência Médica, e suas respectivas implicações econômicas sobre os salários dos usuários.

O aspecto da qualidade dos serviços médicos oferecidos é também objeto de análise, segundo a percepção de seus usuários.

Sob este aspecto observou-se diferenças entre os Convênios mantidos pelas indústrias com as Cooperativas médicas e as empresas de Medicina de Grupo.

Os entrevistados demonstraram preferência pelos serviços em Convênio, alegando para isto motivos subjetivos.

Esses motivos, analisados no trabalho, estão ligados à situação de subordinação a que estão submetidos os trabalhadores, duplamente subordinados: ao capital, representado pela indústria, e ao conhecimento, monopolizado pelas empresas médicas.

" LAS TENCIONES DEL SECTOR SALUD EN UNA SOCIEDAD EN TRANSICION". (NICARAGUA).- Dr. Mariano Zalazar C.

La finalidad del trabajo consiste en establecer un hilo conductor de la comprensión del fenómeno de la transición revolucionaria en unas condiciones históricas concretas. Se exponen los rasgos generales de una forma de entender este momento del desarrollo social y sus características, los aspectos relevantes de este proceso en Nicaragua, los dilemas de una sociedad inmersa en esta coyuntura, y las tenciones existentes en el sector salud como area altamente sensible y comprometida con la transformación de la sociedad.

Para estos fines se revisaron trabajos elaborados por diversos autores que tienen como eje de análisis y de producción teórica las discusiones alrededor de la fase de transición al socialismo.

Se concluye que la Transición de el Capitalismo para el Socialismo a escala mundial es la tendencia predominante de la -epoca actual; que la experiencia histórica sugiere que este tránsito es realizado por cada formación social de acuerdo a las peculiaridades nacionales, la correlación de fuerzas de clase y la situación externa. Se afirma que en el caso de Nicaragua, este momento del desarrollo social tiene una expresión concreta en dilemas de orden interno, regional e internacional, y que el sector salud está afectado por el desarrollo de los mismos e involucrado en el encuentro de sus vías de solución.

Se señala que las principales tenciones del sector salud tendrían su matriz en la Organización del Sistema Nacional Unico de Salud, la prioridad de la Medicina Preventiva, el desarrollo de la conciencia revolucionaria de los trabajadores del sector, la ayuda internacional, la democratización de la salud, la formación de recursos humanos, la ruptura de la dependencia tecnológica, y el proceso de descentralización político administrativo, técnico y ejecutivo.

POLÍTICA DE SAÚDE NO GOVERNO DE TRANSIÇÃO

Genesio Vicentini - Carlos Eduardo Gomes Siqueira

O esboço das linhas básicas de uma política de saúde, especialmente no que diz respeito a produção de medicamentos e equipamentos e à assistência médico-sanitária é a finalidade deste trabalho. O método materialista-histórico de análise das classes na atual conjuntura brasileira indica a formação de uma frente política de vasta amplitude, unindo os mais diferentes setores na construção de um governo democrático que rompendo com a atual política recessiva, submissa aos banqueiros internacionais e as FMI, tire o país do caos econômico, defenda sua soberania e garanta condições decentes de sobrevivência do povo. Neste governo certamente a saúde terá a merecida prioridade, cumprindo o papel que lhe cabe de resgatar a imensa dívida social para com o povo. A avaliação das políticas de saúde colocadas em prática nos últimos anos, tendo como parâmetro o pacto social em formação neste momento de transição permite a sistematização das seguintes propostas essenciais: estimular o desenvolvimento da tecnologia nacional na produção de medicamentos e equipamentos, através de incentivos à pesquisa e da política de aquisições do setor público; aprofundar a integração dos serviços iniciada com as Ações Integradas de Saúde; fortalecer a rede pública; normatizar e fiscalizar a prestação de serviços pela rede privada conveniada garantindo a qualidade do atendimento e o pagamento adequado. Cabe ressaltar o investimento dos governos municipais e estaduais nos últimos anos na área de assistência à saúde, política que só poderá ser aprofundada através de reforma tributária que garanta os recursos necessários para que este movimento avance. Concluindo, são duas as condições indispensáveis para que a política de saúde do governo de transição alcance os efeitos desejados: descentralização, garantindo-se aos Estados poder econômico e administrativo e democratização das deliberações com a mais ampla participação de todos os setores dos técnicos aos empresariais e em especial da comunidade através de suas entidades representativas.

ESTRATÉGIAS DE LUTA PELA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

David Capistrano da Costa Filho

José Eduardo Passos Jorge

Márcio Antonio dos Santos Melo

A conquista de uma ampla Reforma Sanitária exigirá anos de luta do movimento operário e sindical, dos movimentos de profissionais de saúde e das correntes políticas comprometidas com os trabalhadores. Assim, é útil o estudo das iniciativas concretas que têm permitido a acumulação de experiência no trabalho em prol daquele objetivo.

Os autores consideram que uma das mais importantes estratégias para alcançar a Reforma Sanitária tem como "locus" os espaços definidos pela clivagem, aparentemente irracional, entre os setores públicos e privados. Assume um caráter de urgência a ocupação, o mais rápido e eficientemente possível, dos espaços de "terra de ninguém" formados nas bases municipais do Estado.

A partir dessa consideração, descrevem e analisam o trabalho realizado pelas instituições municipais de saúde das cidades de Salto (60 mil habitantes, industrial) e Bauru (220 mil habitantes, de serviços), que dirigem. Discutem a orientação que imprimem à atividade dessas instituições, que utilizam modelos, métodos e tecnologia de vanguarda e absorvem profissionais qualificados, visando dar-lhes condições de impacto sobre segmentos populacionais significativos.

Outra estratégia descrita e analisada apóia-se no surgimento e desenvolvimento, a partir de 1979, de organismos de defesa da saúde dos trabalhadores no movimento sindical paulista. Os autores consideram-na particularmente relevante pela potencialidade de desenvolvimento da consciência sanitária dos trabalhadores que encerra.

Analisam as perspectivas dessas práticas sanitárias, os primeiros passos visando entrelaçá-las e suas possibilidades nas principais capitais brasileiras, na esteira da reconquista da autonomia, que se vislumbra.

Concluem que essas estratégias têm chances de operar nas brechas virtuais surgidas no processo permanente de reacomodação das estruturas da medicina capitalista.

GRUPO DE TRABALHO 8

"PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A CRISE"

RESUMOS

Coordenadores: Roberto Passos Nogueira (Brasil)
Susana Belmartino (Argentina)

Os países que formam o cone sul (ã excessão do Chile) entram em nova fase da sua história com o fim dos governos burocráticos-autoritários e a sua volta a governos civís. Geralmente isto ocorre transfere-se aos novos governantes uma pesada dívida externa e interna além da dívida social, constituída pelos longos anos em que grupos maioritários da população deixaram de auferir os serviços e beneficios sociais (educação, habitação, alimentação, serviços de saúde) que por direito lhes correspondia. O principal desafio aos novos governos, que adotam modelos que os aproximam da social democracia, será de atender a esta dívida social num difícil contexto nacional e internacional (economias em recuperação, juros internacionais, pressões sociais). No campo da saúde, no Brasil, o modelo de prestação de serviços, falido, está a exigir medidas além da racionalização das estruturas e atividades. Os longos anos de governos autoritários legaram serviços de saúde de desaparelhados, recursos humanos desgastados e/ou mal preparados, carentes de estímulos e de perspectivas de trabalho. As instituições de saúde caracterizam-se pela excessiva centralização administrativa, rígida hierarquia e controle e, periféricamente, pelo trabalho alienado, burocratizado; os recursos humanos do setor dividem-se e, "pensantes", níveis tecno-burocráticos centrais, que ditam as ordens e normas e não participam do trabalho, e aqueles "não-pensantes", os trabalhadores dos serviços, que são obrigados a executar as atividades sem maiores reflexões sobre elas. Há acordo geral que a assistência primária de saúde deverá centralizar as políticas do setor nos próximos anos. Este conceito significa muito mais do que a extensão de cobertura de serviços nos moldes atualmente existentes; significa a adoção de um novo modelo de trabalho na saúde, que indo além da descentralização permita o trabalho criativo, crítico com suficiente autonomia regional e local de forma a possibilitar a adequação dos serviços às solicitações locais e atender as reivindicações de participação da população. O treinamento e reciclagem do pessoal dos serviços para dar conta destas atividades configura-se como uma das tarefas prioritárias a desenvolver nos próximos anos.

Nos últimos anos, a sociedade brasileira tem assistido a um fato marcante no setor saúde do país: uma grande mobilização dos médicos reivindicando melhores salários e condições de trabalho. É a categoria médica inserindo efetivamente no conjunto das categorias assalariadas do país.

Neste sentido, esta pesquisa buscou conhecer e analisar a categoria médica desde sua inserção no mercado de trabalho até sua visão de mundo (no sentido mais amplo).

Optou-se pelo método descritivo e correlacional, tendo em vista o material a ser analisado: formulários, entrevistas e depoimentos, de 10% da população médica que trabalha em Belo Horizonte nos últimos 40 anos. (1939 a 1979).

Alguns resultados aqui podem ser mencionados de forma bastante sucinta:

- a) Há um progressivo processo de assalariamento médico, alterando definitivamente as formas e os vínculos de trabalho. Detecta-se os subempregos, sistema de caixinha, alta rotatividade nas instituições privadas, contratos verbais (sem vínculos, etc.).
- b) Registra-se uma multiplicidade de empregos e/ou atividades (3 a 4 atividades). A média de horas trabalhadas em cada atividade é de 20 horas previstas (90,5% da população).
- c) O trabalho médico feminino constitui-se hoje fato marcante. Representando 20% do contingente existente no mercado (pós 70).
- d) Ressalta-se as especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, anestesiologia, cirurgia plástica e cardiologia, como as mais encontradas no mercado, sendo que 60% delas envolvem, de uma forma ou de outra, o ato cirúrgico.
- e) Com tudo isto, ocorre uma alteração profunda tanto na visão do médico de sua própria profissão, como também na forma que a sociedade percebe seu trabalho.

*Pesquisa financiada pelo DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social e pelo Sindicato dos Médicos de BH.

A RAZÃO MÉDICA DOS EQUIPAMENTOS DIAGNÓSTICOS, A CRISE DA
MEDICINA E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO MÉDICA - NELSON BLANK

Analisa-se a chamada crise da medicina enquanto complexo processo contraditório entre o Estado capitalista e suas políticas de atenção médica e a teoria médica da doença e o método clínico correspondente. Contempla-se, portanto, de um lado, o conhecimento médico e sua aplicação enquanto processo de trabalho historicamente determinado e, de outro, as políticas estatais tidas como determinantes de formas de atenção médica acirradoras da contradição existente entre o método clínico crescentemente tecnificado, os médicos, enquanto grupo social organizado, e o Estado capitalista, principalmente das sociedades periféricas. Considera-se como elemento central e ponto de partida para a análise a questão dos equipamentos médicos, principalmente aqueles utilizados para diagnóstico, reconhecendo-os como corporificação de um conhecimento médico adaptado ao seu objeto de trabalho e ao método clínico utilizado no processo de trabalho médico. Neste sentido a progressiva tecnificação do ato médico é considerada como o centro de uma crise de realização técnica e social da medicina atribuída muito mais ao Estado do que à própria medicina na medida em que o primeiro não consegue socializar adequadamente um atendimento exigido por questões político-econômicas e sociais devido ao alto custo da atenção médica e às políticas aparentemente caóticas de distribuição de serviços médicos diferenciados para cada grupo social. Objetiva-se, assim, não a indicação de soluções simplistas, mas apenas o fornecimento de subsídios para o aprofundamento reflexivo com vistas a elaboração de propostas que contemplem o problema de forma abrangente.

URBANIZAÇÃO E DOENÇA MENTAL : AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE ESTU
DOS EPIDEMIOLÓGICOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR - BA.

Naomar de Almeida Filho *

Vilma Sousa Santana *

Domingos Coutinho *

Em 1974 e 1982, pesquisadores da UFBA. têm reali-
zado uma série de investigações epidemiológicas sobre as rela-
ções entre processos sociais e a prevalência de doenças men-
tais em diferentes setores urbanos da Região Metropolitana de
Salvador. A semelhança no desenho destes estudos (inquéritos
de dois estágios : aplicação de instrumentos de screenig se-
guida de exame diagnóstico) e na definição das variáveis pos-
sibilita, evidentemente dentro de certos limites, uma compara-
ção entre os seus resultados. O Estudo de M***, área central
de Salvador, descrita como arruinada e habitada por uma popu-
lação " marginal ", baseou-se em amostra censitária de 1609 ha-
bitantes. O Estudo de A***, área de invasão na periferia da
cidade, com uma população de baixa renda, predominantemente mi-
grante, contou com uma amostra representativa de 1549 adultos
(5% do total) e, finalmente, o Estudo de C***, área urbana
situada a 41 Km de Salvador, submetida a intenso crescimento
demográfico decorrente da implantação de um complexo indus-
trial petroquímico, utilizou uma amostra estratificada de 1086
adultos (9% da população). Dentre os resultados, destaca-se
a ampla variação de taxas globais de prevalência: em M***=49%;
em A***=17%; em C***=33%. Observou-se consistentemente nos
três estudos, uma maior prevalência entre indivíduos do sexo
feminino, migrantes e de baixa condições sócio-econômica. A
partir dessas investigações e dentro de uma perspectiva teóri-
ca mais crítica e baseado em uma metodologia mais rigorosa,

* Programa de Estudos Epidemiológicos e Sociais - Universida-
de Federal da Bahia.

realizou-se uma avaliação das relações entre saúde mental e processos sociais. Com esse objetivo, utilizou-se técnicas de análise multivariada, que permitiam o controle de variáveis confundíveis, encontrando uma predominância dos efeitos associados ao processo de formação da força de trabalho. Em outras palavras, mesmo após o ajuste do efeito isolado ou combinado de nove variáveis confundíveis em potencial, a hipótese de uma associação negativa entre inserção no mercado formal de trabalho e saúde mental não foi refutada. Ao mesmo tempo, outras hipóteses que envolviam variáveis tipo migração e procedência, supostas como fundamentadas em modelos interpretativos de aculturação e mudança cultural, não resistiram à mesma sequência de análise. Os resultados sugerem que a urbanização como uma mudança cultural ou como um evento-vital podem não ser os processos básicos de interesse para o estudo dos determinantes sociais das doenças mentais em nosso continente.

APRESENTADOR: CLAIR CASTILHOS COELHO
ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPOS DA TRINDADE

60

TÍTULO: FARMACÊUTICO: UM PROFISSIONAL PARA A DOMINAÇÃO?
AUTOR: CLAIR CASTILHOS COELHO

O trabalho levanta e expõe dados sobre a situação atual da produção e pesquisa de medicamentos no Brasil.

Analisa a formação do Farmacêutico e o seu âmbito profissional assim como procura estabelecer a articulação entre estes profissionais e a produção e pesquisa de medicamentos no país.

A finalidade é comprovar se existe consistência na assertiva "a formação do Farmacêutico encontra-se qualitativamente comprometida, em nosso país, devido a fatores externos ao setor educacional, que a condiciona e limita nos seus aspectos ligados à pesquisa e à tecnologia farmacêutica.

O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica de séries históricas de periódicos especializados e jornais, relatórios anuais da CEME, Currículos de Cursos de Ciências farmacêuticas, legislação de reformas curriculares, Decretos-Leis de 1962 e 1969 que estabelecem mudanças nos Cursos de farmácia e outros dados pertinentes ao assunto.

Como resultado tem-se que a formação do farmacêutico é de baixa qualidade, fragmentada, e não corresponde às necessidades brasileiras, mas que, por outro lado, atende aos interesses das indústrias farmacêuticas instaladas no país.

Há restrições de caráter específico, na formação profissional do farmacêutico, como: direcionamento do contingente estudantil para Análises Clínicas, retiradas de disciplinas do Currículo mínimo, sucessivas reformas curriculares.

Isto no entanto, não é um fato isolado e remete à própria essência da universidade brasileira e os fins a que serve.

As mudanças necessárias ao setor farmacêutico devem ser intra e extra-setoriais e implicam, previamente, em mudanças estruturais da sociedade brasileira.

Enquanto não houver condição histórica para estas transformações, são viáveis algumas medidas administrativas que poderão ser incluídas em uma Política Nacional de Medicamentos.

O trabalho contém uma análise da situação do Pessoal de Saúde no Rio de Janeiro -seu comportamento na última década e principais tendências observadas- tentando sempre estabelecer uma relação entre a situação encontrada e a estrutura de serviços de saúde correspondente.

Este estudo foi iniciado a partir de uma exposição realizada no Curso Internacional de Planejamento em Saúde (em desenvolvimento neste 2o semestre de 84 na Escola Nacional de Saúde Pública) sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil e em particular no Rio de Janeiro, para efeitos de uma análise de factibilidade da implementação do PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) nesse Estado.

As informações e dados para este trabalho foram obtidos principalmente na Pesquisa realizada na ENSP (concluída este ano) -"Estudo sobre Recursos Humanos para a saúde" no Brasil-, além de outras fontes como a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e o INAMPS.

Pretende-se, com este estudo, contribuir para uma análise das reais possibilidades de desenvolvimento e implementação das propostas de reorientação dos serviços de saúde (como o Plano do CONASP e o PAIS) em algumas regiões do Brasil, dando ênfase na análise da situação dos Recursos Humanos em certas áreas metropolitanas como o Rio de Janeiro.

Entendendo essas propostas de "reforma" para o chamado "setor saúde" como propostas ainda sujeitas a discussão e desdobramentos, particularmente na situação de transição que vive hoje o Brasil nos planos político e social mais gerais, consideramos a discussão sobre Recursos Humanos em saúde como um dos elementos que configurarão uma proposta mais global para a área de saúde.

Rio de Janeiro, outubro de 1984

Laura Tavares Ribeiro Soares.

TÍTULO: AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL
FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS, JOSÉ FRANCISCO NOGUEIRA PARANAGUÁ SANTANA,
MOZART DE OLIVEIRA JÚNIOR E PAULO EDUARDO ELIAS

As recentes perspectivas de reorganização dos serviços de saúde em moldes mais racionais certamente levarão a necessidade do setor público em contar com profissionais que possam gerenciar as novas propostas organizativas nos níveis técnico-operacional, técnico-administrativo e político-institucional.

A formação destes profissionais, no Brasil, se dá a nível dos cursos de saúde pública, das residências médicas e dos cursos de pós-graduação *sensu strictu*. As residências tem uma posição estratégica em tal contexto, uma vez que são as principais responsáveis pela introdução de profissionais recém-egressos no setor, enquanto as outras modalidades tem como clientela o pessoal já absorvido pelos serviços ou a formação específica para docência e pesquisa em saúde coletiva.

A residência teve importância muito reduzida no conjunto da produção destes profissionais de saúde coletiva até o final da década de 60. Na década de 70 se assistiu a um ligeiro impulso na criação de residências em MPS, sendo que em 1977 haviam apenas 13 programas de residência na área, oferecendo não mais que 13 vagas. Em 1979, enquanto o número anual de profissionais formados pelos programas de RMPS não ultrapassavam 40, estudos realizados por setores do INAMPS estimavam a necessidade de cerca de 1800 profissionais da área, apenas para atender a demanda da rede instalada daquela instituição.

A criação do Programa de Apoio as Residências de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR/MS/MP/SP) em 1979, marcou um ascenso qualitativo e principalmente quantitativo do número de vagas oferecidas pelos programas de RMPS. Em 1980 o número de vagas oferecidas subiu para 150, alcançando 187 vagas em 1981 e contando hoje com cerca de 200 vagas anuais.

Assim, preocupados com a qualidade e uniformidade dos conteúdos teórico-práticos destes programas, a Associação Nacional de Médicos Residentes, a ABRASCO e a CNRM, com apoio financeiro da OPAS, elaboraram uma proposta de reavaliação dos programas de RMPS. O objetivo primordial deste trabalho é de incrementar a qualidade destes programas, através do levantamento das dificuldades e deficiências enfrentadas pelos diversos programas no cumprimento da resolução 16/81. Identificadas tais deficiências deverão ser propostos mecanismos de suplementação e apoio pedagógico, através das várias instituições existentes nesta área, no País e, particularmente a ABRASCO.

Serão apresentados os referenciais da pesquisa proposta, os instrumentos detalhados e os resultados parciais já obtidos na investigação.

AUTORES: Leda Lucia Couto de Vasconcelos, Palmira de Fátima Bonato e Sa-
bele Maria Gonçalves Ferreira.

ORIENTADOR: Sábado Nicolau Girardi

Este trabalho parte do princípio que existe uma interrelação dialética entre a organização social das práticas de atenção à saúde e os programas de formação destes profissionais. Toma-se como estudo de caso o Curso de Especialização em Medicina Social (CEMS) da Faculdade de Medicina da UFMG, que se propõe a formar profissionais na área de saúde coletiva. Num primeiro momento se pode observar que os profissionais formados foram absorvidos, em sua maioria por instituições de ensino de nível superior do país, onde eram lotados preferencialmente em seus departamentos de Medicina Preventiva e Social e muito especialmente na Faculdade de Medicina da UFMG, então empenhada num processo de transformação curricular. Isto confirma uma tendência nacional encontrada em trabalho anterior por Campos e Girardi. Pode-se perceber num segundo momento a demanda por tais profissionais por parte da estrutura de serviços, particularmente da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, então passando por um processo de racionalização que pode ser explicado em parte pela grave crise que se abate sobre o modelo previdenciário, e por outro lado pelas transformações estruturais de que vem sendo alvo o setor saúde. Esse trabalho baseia-se nos dados relativos à absorção dos egressos do CEMS e ao estudo da dinâmica de seu programa de residência desde sua implantação, constatando-se uma interferência da demanda do mercado de trabalho no perfil do profissional formado. Questiona-se então o se o conteúdo crítico ministrado pela residência em Medicina Preventiva e Social, que antes era perfeitamente adequado ao espaço acadêmico deveria se manter ou, ao contrário deveria ser modificado dando-se mais ênfase à formação técnica (priorizando a otimização de recursos) dos residentes que deveriam estar aptos a operar os serviços de saúde, particularmente nas áreas de planejamento, administração e supervisão, que são entendidas como fundamentais no acompanhamento desses serviços.



PROFISSÕES DE SAÚDE EM SÃO PAULO: EXPANSÃO E CONCORRÊNCIA
ENTRE 1968 E 1983

Autores: JOSÉ Carlos Durand, Mary Jane Paris Spink, Niobe Prado, Luiz Antonio Palma e Silva

O estudo teve por objetivo a sistematização de dados sobre as profissões da saúde de modo fornecer subsídios para o desenvolvimento de diretrizes para a administração do programa de bolsas de aprimoramento da Fundação de Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP. Foram contempladas 14 profissões: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Veterinária, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina e Química. Tendo como ponto de partida a caracterização das necessidades de treinamento, foram abordados os seguintes aspectos: a formação pós-graduada, a expansão dos efetivos escolares e profissionais, os aspectos relativos à regulamentação do exercício profissional e a situação de cada categoria na divisão do trabalho em saúde. Para a coleta de dados, além do exame da documentação disponível, foram realizadas entrevistas com representantes das diversas categorias.

Tratando-se de uma caracterização inicial do conjunto de profissões da saúde, o resultado principal foi apontar possíveis linhas de investigação: - a prática profissional tendo em vista a formação, os aspectos organizacionais de prestação de serviços de saúde e as demandas da comunidade (pesquisa já em andamento) - as características da organização corporativa das diversas categorias; - a formação profissional e as oportunidades de emprego na área da saúde.

INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL A NIVEL HOSPITALAR, A DEMOCRATIZA-
ÇÃO DO SABER MÉDICO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Autor: Luiz Eduardo Fonseca

Relato de uma experiência profissional, como médico pediatra, na República de Cabo Verde, país insular da África Ocidental.

Neste sentido aborda-se a questão da cooperação técnico-profissional, o confronto cultural conjuntamente com o confronto do saber do médico e o saber "prático" do pessoal paramédico. A dificuldade "médica" em reconhecer o "saber" de profissionais não "diplomados". A questão legal. A contribuição familiar no atendimento e cuidado dos doentes. A necessidade prática de "ter que" trabalhar conjuntamente, sobrecarga de demanda.

Quando a experiência prática "resolve" mais rapidamente um problema que a teoria acumulada pelo "diplomado". Os confrontos destes saberes/poderes e seus desenrolares. O fetiche da medicina.

A democratização do saber e do poder como solução para melhoria dos serviços de saúde.