

Airton Rodrigues de Mello

"Medicina Comunitária em Campinas e  
suas múltiplas dimensões : Um estudo de caso"

Tese de Mestrado apresentada  
ao conjunto de Antropologia  
do departamento de Ciências  
Sociais - Instituto de Filo-  
sofia e Ciências Humanas da  
Universidade Estadual de Cam-  
pinas

-1.979-

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

Orientador da tese:

Professor Dr. Peter H. Fry

Coordenador da pós-graduação  
do conjunto de Antropologia

Agradecimentos:

A

Equipe do posto médico social de Nova Aparecida, responsáveis diretos pela existência dessa tese.

A

Minha esposa e filhos, que suportaram as horas difíceis de sua elaboração.

Ao

Dr. Sebastião de Moraes, que expandiu a assistência prestada aos habitantes de Campinas, abrindo um novo campo de pesquisa médico-social.

Ao

Prof. J.M.Marlet, do departamento de Medicina Preventiva da Pucc, que muito incentivou a realização de meus estudos em Antropologia e Medicina social.

Ao

José Luiz dos Santos, assistente do conjunto de Antropologia, que contribuiu decisivamente para que esta tese fosse realizada, através de sua ajuda amiga e desinteressada.

## Í N D I C E

I	Introdução :.....	"Tema Desta Dissertação"	
	1 - Objetivos:.....		1
	2 - Realização da Pesquisa .....		2
	3 - Duplo Papel do Pesquisador .....		4
	4 - Plano da Tese .....		6
II	Capítulo Primeiro - .....	"Medicina Comunitária"	
	1 - A crise da medicina moderna .....		8
	2 - Origens da medicina comunitária .....		12
	3 - A medicina comunitária no Brasil .....		16
	4 - A implantação em Campinas .....		20
	5 - Ideário .....		23
	6 - Dimensão Política .....		32
III	Capítulo Segundo - .....	"A Região de Aparecida"	
	1 - Características .....		37
	a - As condições locais de urbanização .....		40
	b - O problema do limite .....		42
	c - A sub-prefeitura .....		43
	d - Procedência das famílias - "Migração e Fixação" .....		44
	e - Condições das famílias .....		49
	f - Renda e gastos familiares .....		53
	g - Saúde .....		54
	h - As igrejas e a recreação .....		55
	2 - Classes, discriminação social e comunidade .....		57
IV	Capítulo Terceiro - .....	"O Posto e a Localidade"	
	1 - Problemas que antecedem a implantação do posto .....		63
	2 - O espaço físico e a organização .....		66
	3 - Rede social em ação .....		72
	4 - Primeiros contatos com a população		
	"A equipe começa a trabalhar" .....		73

5 - Ação social do posto - "Medicina simplificada e participação Comunitária".....	75
V - Capítulo Quarto ..... "Situações Sociais".....	85
1 - O casal religioso .....	86
2 - A pureza das intenções .....	94
VI - Conclusões .....	106
VII - Bibliografia .....	114

\* \* \* \* \*

## INTRODUÇÃO

I) Tema desta Dissertação: "Medicina Comunitária"

O trabalho aqui apresentado é fruto de dois anos de experiência em um centro médico comunitário. Tenta descrever a implantação de um posto de saúde no bairro de Nova Aparecida na cidade de Campinas.

1) Objetivos: Duas questões nos preocuparam e nortearam o desenvolvimento da explanação.

a) Partindo do conjunto de idéias à respeito da medicina comunitária e das características sócio-políticas das regiões onde se - rão implantadas, como prever as dificuldades que um posto médico poderá encontrar no confronto dessas idéias, com a realidade local.

b) Descrever uma situação concreta de medicina comunitária e as - contradições e conseqüências de seus princípios, dentro de uma situação política definida.

O planejamento do posto, a constituição da equipe e a atuação desta na comunidade, puseram à mostra conflitos sociais e contradições que interferiram diretamente com o trabalho desenvolvido no posto. Também o interesse dos grupos e das pessoas envolvidas interferiram na relação posto-comunidade. Utilizamos esses conflitos e contradições para compreender o comportamento da equipe do posto, do bairro como um todo, e de suas reações frente ao novo posto e a outros elementos estranhos à comunidade. O posto e sua equipe pertencendo à Prefeitura Municipal de Campinas, orientada por uma política partidária de / oposição, fatalmente atua politicamente engajada. A própria ação, orientada para a saúde, solicitando participação popular e exigindo participação de toda a equipe nas decisões, torna-se ambivalente em relação às idéias políticas e sociais vigentes. Ora reproduz o sistema, ora o contesta, e nesta osci-

lação criam-se conflitos internos que põem em risco a integridade da equipe como tal e coloca-se em dúvida o comportamento individual de cada elemento da equipe e da comunidade.

Analisar as situações, estudar os conflitos, as contradições, as ambivalências do ideal e do idealismo que acompanham a medicina comunitária, é estudar toda uma filosofia de atenção médica e o alcance social e político de sua aplicação .

## 2) Realização da pesquisa:

A escolha do tema prendeu-se à incerteza dos resultados do trabalho realizado a nível comunitário. Várias tentativas de estudo e auxílio ao bairro haviam sido tentados anteriormente, mostrando resultados discordantes e inconclusivos, revelando uma população omissa e desinteressada quanto às suas próprias potencialidades. A implantação de uma modalidade de atenção médica que tenta obter a participação da comunidade, poderia ser mais uma tentativa vã. Outra questão que nos preocupava era o fato de ter assistido vários trabalhos deste tipo, evoluírem para conflitos insólitos entre os executores. O ponto gerador de discórdias foi sempre o alcance comunitário das medidas adotadas ou a execução de um plano ideal, porém fora do contexto social onde seria aplicado. Tínhamos fortes dúvidas quanto a união da equipe e a capacidade de cada elemento em atuar no conjunto, superando a própria individualidade.

Os fatos observados vão do período de março de 1.977 à outubro de 1.978, tendo o posto sido inaugurado em 1º de maio de 1.977. Foi o ano que participamos ativamente no posto e indiretamente dos acontecimentos da secretaria de saúde municipal. Fomos a um só tempo observador e protagonista de alguns dos fatos aqui registrados. A delimitação do espaço de tempo fez-se necessária pois na secretaria municipal e no posto médico-social, as situações sucediam-se trazendo modificações constantes na estruturação. Novos elementos sendo integrados ao trabalho e novos cargos sendo criados; pessoal sendo substituído ; polêmicas sendo levantadas, e todo trabalho e a situação política sofrendo modificações constantes. Para termos algo conclusivo teríamos que esperar o término do mandato do secretário da saúde, porém a tese perderia a atualidade e os fatos estariam sufocados para uma situação definitiva e terminada. Somente a meta final com todos os postos instalados e a política

municipal de saúde traçada, teriam importância. Os caminhos e descaminhos seguidos, as idas e voltas perderiam o sentido para uma análise, a não ser do ponto de vista histórico.

Desde o início adotamos como método de pesquisa a observação/participante. Creemos que esta seria a única forma de recolher dados desde que decidimos realizar esta pesquisa, quando vimos pela primeira vez a comunidade de perto, em março de 1.977. Pelo papel que íamos iniciar e desempenhar como componente da equipe e o envolvimento direto com a população devido a profissão de médico, era o método mais adequado. Quanto a forma final que o trabalho tomaria não sabíamos, porém os fatos que se sucederam, ultrapassaram nossa expectativa, constituindo um material de campo rico para pesquisas variadas.

Segundo A. Cicourel a observação participante é "um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto" (Guimarães, 1.975 : 89). Era exatamente a situação em que nos encontrávamos em Nova Aparecida.

Dessa forma o próprio convívio com a população que se utilizava do posto, as discussões com a equipe, reuniões com o secretário de saúde e o pessoal da secretaria, bem como o posicionamento com o sub-prefeito de Nova Aparecida, constituíram fontes de dados. Os jornais da cidade e as conversas informais com enfermeiros e habitantes locais foram outros dados recolhidos. Finalmente os conflitos surgidos intra e extra-equipe serviram de base para uma série de reflexões.

Ao organizar os dados, a ponderação de M. Gluckman, (Guimarães, 1.975 : 69) nos orientou como fazê-lo: "se pretendemos penetrar mais profundamente no processo real pelo qual pessoas e grupos convivem com um sistema social, sob uma cultura, temos que utilizar uma série de casos conexos ocorrentes dentro de uma mesma área da vida social. Acredito que assim vamos alterar profundamente nossa visão do funcionamento de algumas instituições e aprofundar nosso entendimento do significado do costume em geral".

Introduzimos então um capítulo de análise situacional, tentando dimensionar alguns aspectos que de outra forma trariam dificuldades para analisar e compreender as contradições e alguns conflitos surgidos.

### 3) Duplo papel do pesquisador

Ao iniciar o trabalho na comunidade e tendo resolvido aproveitá-lo como campo de estudo, dois grandes problemas, para nós, foram relativos ao método de pesquisa e a obtenção dos dados. As dificuldades ligavam-se diretamente ao duplo papel que desempenhávamos;

- a) Como médico, coordenador do posto em sua fase inicial e funcionário público. Papel oficial e com o qual sempre fui identificado.
- b) Como estudante de "Antropologia Social", interessado em pesquisar as implicações sócio-culturais do trabalho iniciado. Este papel não foi revelado, e muitos elementos locais e da equipe não perceberam o porque de muitas atitudes tomadas, embora, fossem com fins de observação. Como exemplo, afastamento súbito de pessoas ou aproximação com elementos indesejados.

Na fase inicial do posto, a mais rica em acontecimentos, tínhamos a função de coordenador, cargo que por sua natureza e pelas condições do posto, exigia tomadas de decisões. Estas decisões influenciariam diretamente o relacionamento "população-posto" e poderiam modificar as condições expostas de seu desenrolar. O papel exigido e a disposição de observar os acontecimentos sob uma perspectiva antropológica para posterior relato, provocaram atitudes ora de neutralidade e pura observação, ora de intervenção direta e luta por determinados princípios, sem contudo perder a dupla finalidade de minha presença na comunidade, como observador social e como médico da equipe e coordenador do posto. Esta atitude por vezes foi mantida a custo de conflitos íntimos intensos.

A dificuldade em observar simplesmente sem interferir ou tomar uma atitude neutra frente aos acontecimentos do posto, fez com que recorressemos à publicações de jornais para exemplificar nossas idéias e deixar claro a posição de outras pessoas envolvidas. O desempenho desse duplo papel trouxe vantagens e desvantagens, tanto para a obtenção dos dados a levantar quanto para a atividade desempenhada na comunidade e na equipe. O acesso a dados oficiais relativos à atividade do posto, as dificuldades da secretaria de saúde e

ao pensamento e comportamento das pessoas envolvidas foram facilitadas. As conversas informais foram úteis e revelaram, com maior clareza as idéias e os motivos de certos comportamentos, que as palavras proferidas em caráter oficial ou perante uma equipe ou em uma reunião. Por outro lado as informações obtidas, nem sempre correspondem ao observado. Nesses casos o comportamento das pessoas prevaleceu em nossa análise, servindo para demonstrar a ambivalência e contradição que citamos no início. Na fase inicial de posto, somente com grande esforço era possível dar crédito ao que se afirmava ou se dizia do posto, da equipe ou das pessoas. Muitas vezes usamos estas informações ou a visão que as pessoas tinham de determinadas situações para atingirmos os fins que desejávamos, porém sabendo que as informações nos chegavam deturpadas ou então após ter chegado a uma situação que a própria equipe não mais tinha controle. Para fins de observação de comportamento tinham valor para o manejo do pessoal também, porém, a verdade criticamente observada nos parecia distinta. Como médico, alguns dados referentes às condições de cura local eram quase impossíveis de obter.

Quando se estuda uma comunidade com enfoque antropológico, existem algumas variáveis que são comumente abordadas. Como trabalhamos com a área de saúde, seria lógico englobar em nossa pesquisa as formas locais de cura. Devíamos localizar os curandeiros, terreiros de umbanda, centros espíritas Kardeista, e as benzedoiras. Enfim, todas as formas opcionais de cura, não ligadas à medicina oficial. Também possíveis farmacêuticos e curiosas que embora não utilizem processos médicos para cura, atuam de forma marginal ao sistema médico. Eles são para alguns "médicos da comunidade" e embora pratiquem uma medicina popular, estão integrados à vida sócio-econômica e culturalmente mais próximos às pessoas que assistem. (Queiroz 1.978: 64 - 94).

Tentamos inicialmente fazer contato com essas pessoas porém a nossa identidade de médico do posto médico-social dificultou essa tarefa. Obtivemos vagas informações de um "centro espírita", porém nada de concreto conseguimos. Soubemos igualmente que a esposa do farmacêutico, atuou algumas vezes como parteira, porém a incompetência das informações e o retraimento das pessoas interrogadas fizeram-nos desistir dessa localização. Os ademais na programação do posto como na elaboração da tese, estes aspectos não seriam tão importantes, desde que os conflitos "equipe-população" e os "ideológicos-políticos" seriam o alvo de nossas atenções.

Quanto a reação e opinião da população, tentamos obtê-la através das reuniões conjuntas. Porém, ainda a identificação da equipe com o posto e com a prefeitura e sub-prefeitura viciavam as opiniões, introduzindo distorções. Através do registro de fatos concretos e observando o comportamento de alguns indivíduos em situações distintas, tentamos contornar este inconveniente e obter a opinião sobre o posto e o trabalho realizado de forma indireta. Também a situação de coordenador do posto prejudicaram bastante a obtenção dessas opiniões, principalmente dentro da própria equipe. Os acontecimentos sucessivos nos auxiliaram, notadamente durante a crise surgida entre os médicos. O comportamento dos membros da equipe pôs à mostra muitas de suas opiniões.

#### 4) Plano da Tese

Dividimos a tese em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, traçamos um perfil da medicina comunitária. Iniciamos com uma visão sucinta da crise que envolve a medicina moderna e que justifica o aparecimento dessa nova forma de atenção médica, enfatizando os problemas médico / sociais. Passamos por suas primeiras experiências tentando obter uma idéia do seu desenvolvimento e estágio atual no "Brasil" e sua implantação em Campinas. Ressaltamos o papel da Unicamp como pioneira e como a partir da Universidade, / a medicina comunitária atingiu a esfera política, sendo por esta manipulada como uma forma de atingir as populações periféricas de Campinas. A partir desse ponto, o problema sócio-político e a atuação dos médicos dentro da estrutura de / uma política de saúde é discutido, tentando mostrar a dimensão política da prática médica.

O segundo capítulo constitui um estudo estrutural da região de Aparecidinha, tendo como guia o conceito de Raymond Firth "A idéia de estrutura deve levar em conta as relações ordenadas das partes como todo, o arranjo que une os elementos da vida social" (1.974 : 47). Partimos dos usuários do posto em Nova Aparecida e os agrupamos em várias categorias. Trata-se de um estudo numérico que serviu de base para a análise da "comunidade". São postos em relevo tres aspectos:

- a) A presença de dois grupos de migrantes, com comportamentos diferentes em relação ao posto e manipulando de forma distinta os serviços oferecidos.

- b) A existência de uma política local, que reproduz as relações políticas na cidade de Campinas, apresentando uma conotação própria devido a ser uma zona limite com outro município.
- c) Em terceiro lugar o problema de "comunidade" como é apresentado pela medicina comunitária e como se observou no local.

O terceiro capítulo conta a história do posto de Aparecida; como foi escolhido para servir de local para um projeto piloto de / atenção "materno infantil". Como foram recrutados os elementos e como existiram prós e contras antes de sua inauguração. Descrevemos em seguida o posto, sua organização e os primeiros resultados de seu contato com a população. Levanta-se também o problema dos gastos e da aplicação do ideário da medicina comunitária, exposto no primeiro capítulo. Procuramos demonstrar o alcance social da medicina comunitária e como os custos com seu emprego não se alteram, dependendo antes de uma mentalidade voltada para problemas ambientais e sócio-econômicos que atuam sobre o organismo humano.

Finalmente no quarto capítulo organizamos os dados de campo em termos de extend-case method, como proposto por Van Velsen (1.967), sustentando a análise a partir de duas situações sociais. Os objetivos da exposição desses casos foi discutir os conflitos observados em diversos níveis, desde a implantação do posto; as contradições nos comportamento e nas idéias que estavam sendo testadas e também as implicações políticas e sociais da atuação do posto na comunidade. O primeiro caso da-se a nível de interação comunidade-posto (pondo em discussão todo o ideário da medicina comunitária em confronto com a medicina convencional), revela os problemas não previstos na comunidade, que envolvendo o posto, a sub-prefeitura e uma indústria culminam por mostrar a estruturação política local e os vários interesses em jogo. O segundo caso passa-se dentro da equipe do posto e revela as mudanças da secretaria municipal e sua influência, no posto. O funcionamento interno do posto e como a equipe evoluiu para um auto-fechamento. Nas conclusões retomamos as discussões realizadas em cada capítulo com o intuito de resumir e dar uma visão / de conjunto sobre a pesquisa realizada e sobre as questões levantadas.

## II) Capítulo Primeiro: "A Medicina Comunitária"

### 1) A Crise da Medicina Moderna

A maioria dos autores reconhece existir uma crise bem definida no setor saúde, tanto nos países europeus quanto nas Américas, do norte, central e sul. Várias são as causas apontadas e diversas os sinais dessa crise. Citam-se: A produção de instrumental e tecnologia, o excesso de especialização médica, as indústrias farmacêuticas, a falta de cobertura à população necessitada, e particularmente no Brasil a estrutura do ensino e o assalariamento do médico.

Em primeiro lugar o excesso de tecnologia empregada, dependente / dos investimentos crescentes no setor da assistência médica e da organização empresarial que a produção e consumo dessa tecnologia passa a exigir. As clínicas de atenção personalizada, os hospitais, e mesmo as instituições destinadas a uma atenção de massa, veem-se assediados pelas indústrias de aparelhos e instrumental / tal que poderão facilitar e dar maior precisão à assistência médica, permitindo melhor controle dos resultados. Não podemos negar o avanço científico devido a essa tecnologia, porém a necessidade de lucros dos fabricantes e o alto custo / operacional trazem como consequência maior custo ao usuário. Os hospitais e clínicas / nicas com esses equipamentos podem dar um padrão de atendimento mais sofisticado, porém com custo mais elevado e com resultados discutíveis se comparados a outros locais, com tecnologia mais simples e menos onerosa. Discute-se (Ilich - 1.975) se esta tecnologia concorre efetivamente para melhorar o padrão de vida da população. O atendimento de massa leva a um desgaste e desvalorização rápida de tal tecnologia, causando prejuízos financeiros para as entidades que as possuem.

A produção e o consumo dessa tecnologia são mediadas por investimentos / tos crescentes no setor saúde. Por um lado a produção, assegurada por empresas organizadas comercialmente, exigindo maior mercado e um consumo contínuo. Por outro lado os médicos, influenciados por essas empresas tendem a organizarem-se em grupos ou empresas que possam assumir tal tecnologia. Ambos fatores concorrem para o encarecimento global da assistência médica.

Devemos distinguir entre a tecnologia necessária, significando sempre um avanço científico, trazendo reais benefícios à população e modificando a qualidade da assistência e como consequência as condições de vida; e a sofisticação da assistência, muito observada em clínicas privadas. Essa, en carece os custos do ato médico sem trazer real benefício. Casos em que as / técnicas tradicionais seriam suficientes para firmar um diagnóstico ou orien tar uma terapêutica, tem seus custos elevados com o emprego desnecessário de tecnologia sofisticada.

Os investimentos no setor, associados à baixa cobertura da população, quase obriga os profissionais a fazerem parte de uma organização / destinada ao atendimento médico, na maioria das vezes voltadas para o atendimento de massa e mantendo o médico como assalariado, ou atuando como inter mediária entre este e seu paciente. Em segundo lugar temos a proliferação / de especialistas, multiplicando os contatos dos usuários com todo o sistema de atenção médica. Esta multiplicação de contatos gera necessidade de maior número de especialistas, fechando um círculo vicioso de difícil resolução. Ao termos um atendimento por especialistas chega-se a um diagnóstico mais / preciso, porém a multiplicidade de contatos e as inúmeras consultas por do enças de solução e diagnósticos simples sobrecarrega todo o sistema. Para Américo P. Carneiro, (1.978 : 2) "O afã de ganhar logo uma boa remuner ação pelo trabalho profissional, fez com que os estudantes se desinteres sassem pelos estudos da clínica médica, única base que poderia conduzi-los a uma visão de conjunto de organismos humanos. De outro lado a sociedade, também sensível aos progressos da tecnologia, levou os doentes a crer que somente um especialista seria capaz de resolver os seus problemas". Com / estas palavras justifica e mostra as causas do aumento de interesse dos es tudantes de medicina em exercer uma especialidade. A seguir demonstra que ao doente "faltava-lhe, em muitos casos, a experiência de alguém habituado a lidar com muitos tipos de doenças orgânicas, que soubesse interpretar ade quadamente a causa de sua doença. Dai a necessidade frequente de apelar-se para o clínico geral". O mesmo fato ocorre em instituições médicas; os / doentes procuram os especialistas quando deveriam procurar um clínico geral. De especialista em especialista os contatos vão acumulando-se. A atenção/ primária e a triagem é realizada pelo especialista que não quer envolver-se

em outra especialidade, ou por falta de uma visão global da medicina ou por problemas éticos dentro da instituição. Como consequência desta situação temos os movimentos atuais, tentando reviver os médicos de família e apregoando nas escolas a necessidade da formação de clínicos gerais ou médicos generalistas. Estes são elementos com formação médica sólida e treinados em medicina voltado para a comunidade, ou para a família. O conjunto desses fatos, as exigências de maiores quantias destinadas aos serviços médicos, a maior preocupação individual com a própria saúde e o fascínio causado pela tecnologia, leva ao que Ivam Ilich, (1.975) denomina medicalização. Podemos falar em medicalização do orçamento e em medicalização da sociedade. Esta reflete uma preocupação crescente com as condições de saúde, discutindo, informando e expondo progressivamente a impotência dos atos médicos. Como responsáveis diretos por essa preocupação, estão as grandes indústrias farmacêuticas. A multiplicidade de medicamentos e suas associações permitem ao médico uma simples receita, visando tratar os sintomas, despreocupando-se da etiologia para obter uma cura definitiva. A indústria em si, produzindo medicamentos em grandes quantidades, impõe de várias maneiras ao médico, a inclusão de seus medicamentos no receituário, independente dos custos para os pacientes e para a sociedade. No Brasil a falta de controle oficial dos medicamentos faz com que se multipliquem os "remédios" com mesma droga ou drogas semelhantes, com a mesma indicação clínica e que são lançados aos consumidores sob uma propaganda que lembra os charlatões da idade média. A classe médica vê-se assoberbada por presentes, artigos "científicos" e oferta de amostras que visam conquistar os responsáveis pelas suas vendas, ou reforçar a preferência pelo produto. O custo ao doente, a efetividade das drogas, ou o verdadeiro valor na cura e recuperação não são levadas em consideração. Gentile de Mello, (1.977 : 221 - 29) fala em "Mundo selvagem dos medicamentos" ao dimensionar a questão. Não nos deteremos na nacionalidade dessas empresas, por fugir ao tópico que nos propomos discutir. Não só as indústrias farmacêuticas e a tecnologia contribuem para a crise do setor, a educação médica também toma parte dela.

A educação médica é orientada para uma sociedade de classes, sem vínculo com a comunidade a que pertence e omissa quanto ao mercado de trabalho e a atribuição social dos elementos que forma.

Assim sendo prepara profissionais para o exercício de uma profissão liberal ajustada a uma sociedade capitalista avançada. Em um país em vias de desenvolvimento, com vasto contingente de população com baixo ingresso "per ca / pita" e não tendo acesso a esses profissionais, há campo propício para o desenvolvimento de formas alternativas de atenção à saúde, como curandeiros e benzedores. Com a multiplicação das faculdades de medicina, tenta-se tornar o acesso aos médicos facilitado, porém as formas alternativas referidas dependem de crenças populares e não do poder aquisitivo ou quantidade de médicos. Segundo Arouca, 1.975: (1 - 17 - 24) " o ensino médico participa / da crise de realização do setor na medida em que continua formando profis / sionais com as características anunciadas, mas simultaneamente define sua / crise específica ao questionar a adequação de seus graduados às necessida / des da população." A formação do médico, atualmente, o orienta primeiro pa / ra uma especialidade, e segundo para o exercício de uma profissão liberal. A especialização, como prática clínica fora dos grandes centros encontra sé / rios obstáculos, vendo-se o médico constrangido a exercer a clínica geral / paralelamente à especialidade. Muitas vezes devido a falta de médicos em / algumas regiões, as especialidades clínico-cirúrgicas encontram maior utili / dade. Por outro lado, as modificações, introduzidas no sistema de assistên / cia médica a partir de 1.967, com a criação do Instituto Nacional de Previ / dência Social (INPS) e o estímulo às emprêsas médicas voltadas para a assis / tência, causaram profundas modificações no exercício da medicina como pro / fissão liberal. O aumento da oferta de mão de obra conseqüente ao incremen / to das faculdades de medicina e a proliferação das emprêsas, levaram pro / gressivamente os médicos à condição de assalariados. Paralelamente à dimi / nução da renda e ao assalariamento, vemos um declínio da qualidade de as / sistência oferecida. O médico ve-se dissociado dos lucros auferidos, não tendo meios ou tempo para atualizar-se, desinteressando-se do doente como ser humano. Seus atos passam a ser controlados pela emprêsa ou pelo estado, de acordo com o vínculo, sendo suas iniciativas passadas pelo crivo dos in / teresses políticos ou econômicos. Citando Carlos G. Mello, (1.977 : 226-29) "Nos grupos empresariais médicos, o presidente da Associação Médica Brasi / leira apontou na escola superior de guerra, há os que mentem e os que rou /

bam prestando assistência discriminatória, tratando a velas de libra os executivos de alto nível e recusando, aos empregados em geral, um mínimo de cuidados básicos".

A cobertura dada a população ampliou-se, atingindo teoricamente cerca de 75% da população; porém os problemas de exagero de demanda, a baixa qualidade da atenção oferecida e as distorções econômicas nos órgãos de assistência levam ao descontentamento geral expressos na crise apontada no setor. Não podemos esquecer a rede hospitalar, embora a medicina comunitária tenha seu objeto e desenvolva-se fora do setor. O vínculo com essas entidades torna-se necessário, quando a preocupação é a saúde global da população. Citamos dois aspectos do setor, na crise da medicina atual.

A rede hospitalar estatal, que não consegue propiciar meios adequados e leitos hospitalares a toda população.

A rede particular, que visa lucros e vincula-se à rede estatal. Advem dessa dependência deficits orçamentários absurdos, diminuindo a eficiência na atenção oferecida à população.

Os dois fatos contribuem para o encarecimento da atenção médica diminuindo a extensão dos cuidados oferecidos e deixando uma parcela da população fora da utilização de serviços hospitalares.

A falta de execução de um planejamento, abrangendo todo o setor, estimula a tentativa de soluções parciais e isoladas. Neste contexto e frente a impotência do sistema médico tradicional em superar suas próprias contradições, a medicina comunitária surge propondo-se a preencher a lacuna deixada na assistência médica e, a auxiliar as comunidades a compreender e superar seus problemas médicos e sociais.

## 2) Origens da Medicina Comunitária

A primeira experiência de transformar um tipo de assistência médica convencional, nos moldes de um sistema comunitário, remonta ao ano de 1.955, quando "a escola de medicina Cornell de New York e o conselho da tribo Navajo, estabeleceram um experimento de atenção para a saúde em uma área primitiva e remota da reserva Navajo. Eram 600 milhas quadradas de território indio. O experimento foi planejado para encontrar o modo mais efetivo de proporcionar medicina moderna a uma população indígena, culturalmente distinta.

Previu-se que o aprendido no projeto não só interessaria ao Programa de Saúde Navajo de toda uma reserva, senão que poderia ser uma contribuição ao Serviço de Saúde Pública do E.U.A., que é a agência do governo responsável pela melhora dos serviços gerais de saúde rural à população indígena da nação" (Domingues, 1.976: 13) .

A prática da medicina comunitária, como entendida atualmente, / teve origem nos Estados Unidos, durante os anos 60, sob os governos Kennedy e Johnson. O movimento de assistência geral aos pobres visando minorar desigualdades sociais, sob a forma de guerra à pobreza, determinou uma nova estratégia de assistência médica a essas populações. Seguindo a linha de estudos antropológicos da cultura da pobreza, passou-se a enfatizar o estudo da família e seu comportamento para compreensão dos problemas comunitários. O. Lewis, (1.979 ) é o principal defensor desse conceito, tendo contribuído para a ação social então desencadeada. Segundo Valentine, (1.971) três postulados ilustram esta linha teórica: "A falta de uma participação e uma integração efetiva nas principais instituições da sociedade global é uma das características decisivas da cultura da pobreza." "As pessoas dotadas de uma cultura da pobreza está orientada pela província e a localidade, só conhece seus próprios problemas, sua situação local, sua vizinhança e em geral carece dos conhecimentos, da visão ou da ideologia que lhe permita perceber as semelhanças entre seus problemas e os de seus equivalentes de outros lugares; não tem consciência de classe". "Quando observamos a cultura da pobreza no plano de comunidade local, nos encontramos antes de tudo com uma organização ínfima / além do plano da família nuclear e extensiva." (Valentine, 1.971: 70).

Encarando o duplo aspecto, família e comunidade, a prática médica foi obrigada a articular-se com outras disciplinas como a psicologia, a ecologia, a antropologia e a engenharia sanitária. A assistência médica a indivíduos foi substituída por uma perspectiva mais ampla, em que os indivíduos e suas queixas devem ser encaradas como componentes de um meio bio- / psico-social. Estimulo-se a comunidade a participar na resolução de seus / próprios problemas, incluindo os de saúde.

Nos anos seguintes vemos esta modalidade de prática médica / sendo reproduzida em diversos países da América Latina. Dando ênfase ora /

ao aspecto. materno infantil, ora à medicina integral, a medicina comunitária encontrou campo propício em vários países que lutavam com a falta de assistência médica global à população ou que careciam de uma política de saúde definida. Encontramos em vários países, condições de vida e de saúde da população, inferiores às observadas entre as classes tidas como pobres nos E.U.A. . Essas populações, de baixa renda, pouco alfabetizadas, e vivendo nos arredores das cidades, foram e têm sido, o alvo da medicina comunitária.

Quais os caminhos que levaram muitos países a adotar a medicina comunitária como uma forma alternativa de atuar? Arouca, (1.975: 17 - 24) fornece bases para responder a questão ao destacar os seguintes aspectos:

- a) "O setor saúde encontra-se em uma crise de realização, decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico.
- b) O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, que centra suas ações sobre os complexos de efeitos produzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos.
- c) A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercidas por agentes altamente especializada, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transforma na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional.
- d) O ensino médico participa da crise de realização no setor na medida em que continua formando profissionais com as características anunciadas, mas, simultaneamente, define sua crise no questionar a adequação de seus graduados às necessidades da população. Como decorrência desse questionamento cria-se uma crise ideológica consubstanciada na revisão dos procedimentos educacionais, de avaliação e do paradigma hospitalar como centro do setor educacional."

Estas reflexões incidem sobre a problemática do setor saúde no Brasil e são extensivas a maioria dos países sul americanos. O difícil acesso aos serviços da previdência social, o alto custo da medicina liberal e a baixa qualidade da medicina empresarial, fazem com que grande parte da população não tenha condições de usufruir dos serviços médicos de forma adequada. Acrescenta-se que a medicina previdenciária, a medicina liberal e a medicina empresarial estão vinculadas a uma medicina puramente curativa

e individualista. A prevenção de doenças e a educação sanitária vinculam-se diretamente à saúde pública, controlada por órgãos estatais. A medicina comunitária tenta superar esta dicotomização do setor saúde realizando a um só tempo a medicina curativa e a medicina preventiva. Procura solucionar o problema de acesso às instituições, instalando-se no seio da comunidade e fazendo com que esta participe na própria oferta e planejamento de serviços.

Dessa forma torna-se parte orgânica da comunidade interagindo com ela e atingindo maior número de individuais. Segundo Júlio Ceitilin, (1.978 : 14) "os projetos da medicina comunitária como outros que estão em curso na América / Latina com diferentes denominações, são movimentos táticos importantes em / qualquer estratégia de aperfeiçoamento e de mudança no sistema de saúde."

Para esse educador "frente aos escritos de tantos autores, pensadores e educadores médicos com respeito a desumanização da medicina atual, o programa / de medicina da comunidade se propôs a voltar às fontes do humanismo sem perder o adquirido tendo em conta as justas aspirações das populações rurais e urbanas." (Ceitilin, 1.978 : 14)

A implantação de programas de medicina comunitária em diferentes lugares, / revestiram-se de formas distintas levando os autores a verem-na sob vários prismas. Ferrara e companheiros afirmam que, em resumo, a medicina de comunidade se caracteriza por:

- a) Atendimento médico integral descentralizado e com estabelecimentos localizados na própria comunidade, especialmente sub urbana e rurais, coordenados com estabelecimentos de maior complexidade (Deve ter respaldo / técnico e científico de serviços regionais centrais que completem as / ações primárias dos serviços de saúde da comunidade).
- b) A responsabilidade está muitas vezes em mãos de pessoal auxiliar da medicina supervisionada convenientemente por equipes profissionais, com adequada delegação de funções.
- c) Participação ativa da comunidade na decisão, planejamento, implantação execução e avaliação dos programas de atendimento médico, juntamente / com organismos da saúde.

O conceito da medicina comunitária, evolui de suas primeiras tentativas de resolução de problemas comunitários por uma equipe multidisciplinar, para um conjunto de idéias imposto ao sistema de saúde como

uma forma alternativa de solucionar suas contradições.

### 3) A Medicina Comunitária no Brasil

A vulgarização da medicina comunitária foi realizada, através de dois caminhos.

- a) "Executadas por agências voluntárias ou órgãos estatais, visando preencher as lacunas entre a medicina de empresa e a medicina pública.
- b) Articulada as escolas médicas no sentido de operacionalizar o movimento / da medicina preventiva." (Paim, 1.976 : 1 ).

No Brasil estes caminhos são facilmente visualizados, sendo as autarquias municipais e as escolas médicas as principais responsáveis pela implantação de novos programas de medicina comunitária em diferentes cidades brasileiras.

O estímulo principal aos projetos de medicina comunitária / veio através da fundação Kellogg. ( A fundação W.K.Kellogg é um órgão interna cional que se propõe a financiar projetos que visam solucionar os problemas prioritários de saúde familiar )é da Organização Panamericana de Saúde que a partir de 1.974, deram início a um programa de caráter regional, visando a / saúde Materno infantil. Seu objetivo básico era "contribuir para o desenvol vimento harmônico e à melhoria dos programas educacionais e assistenciais na área de saúde materno-infantil e familiar.

Os objetivos específicos originalmente propostos foram:

- a) O estabelecimento de programas de ensino e treinamento nos vários níveis, utilizando os recursos universitários e os serviços de saúde, também nos vários níveis de complexidade, e procurando obter a máxima participação / da comunidade.
- b) Emprego dos resultados de pesquisas comunitárias e de todos os dados disponíveis para definir as ações prioritárias e os grupos de elevado risco.
- c) Adoção de procedimentos, normas e resultados de estudos operacionais ne / cessários para aumentar a eficiência no uso dos recursos, levando-se em / consideração a urgente necessidade de estender os cuidados primários às / áreas rurais e sub-urbanas, dentro de um sistema de regionalização assis / tencial.
- d) Expansão gradual da experiência a outros centros e programas no estado , pais , região e intercambio de experiências entre os vários projetos." (Amro - 1373 - 1.978 : 1).

Vários projetos foram elaborados, enfatizando a saúde materno / infantil, e a atenção aos adultos. Em alguns locais os secretários de saúde municipais se integraram às escolas de medicina e ao Instituto de Previdência Social, tentando uma forma regionalizada de atenção à saúde. Em 1.978 em seminário sobre a formação do médico generalista a fundação Kellogg apresentou um resumo da situação atual dos projetos.

"De maneira muito sumária os projetos merecem as seguintes apreciações:

1. Ainda que implantados sobre alguma experiência local, têm variados períodos de evolução, sendo em geral muito recentes para permitir uma / avaliação profunda, em especial quanto ao seu impacto.

2. São verdadeiros sistemas abertos, sujeitos à influências dos recursos existentes, das estruturas administrativas das instituições envolvidas, da orientação inicial e das unidades que os promoveram (departamento, disciplina, faculdade, secretarias, etc.). De certa forma são representativos de realidades locais, estaduais e até regionais e são influenciados por circunstâncias de ordem nacional.

3. Os projetos tem características, ou áreas de ênfase muito próprias, o que eventualmente poderá representar uma contribuição específica muito valiosa dentro de um programa coordenado. As seguintes, são as principais características de cada projeto:

### 3.1. Belém

a) Projeto pioneiro dentro do programa, no sentido de constar de sub-projetos sob responsabilidade direta da Universidade e da Secretaria de Saúde do Estado, com orçamentos separados, mas complementares.

b) Tem sido dada ênfase muito grande à utilização do projeto para cumprir metas do Estado quanto ao preparo de pessoa de nível médio e / auxiliar, bem como à criação de tecnologia para interiorização de ações e extensão de coberturas a nível de cuidados primários.

c) Existe boa integração entre a Secretaria de Estado e a Universidade, esta representada inicialmente pelas disciplinas de Pediatria e Obstetrícia.

### 3.2 Fortaleza

a) A característica mais marcante deste projeto é o atendimento primário do parto e a realização de atividade de saúde em áreas peri-urbanas e rurais com ótimo uso do recurso local (curiosas) e com apoio da retaguarda para problemas de alto risco gestacional. É um magnífico exemplo de extensão / são efetiva de cuidados primários utilizando recursos da comunidade. O projeto está tendo projeção nacional e internacional.

b) Integração de recursos municipais, estaduais, federais e estrangeiros, ainda que haja pouca integração intra-institucional com outras / áreas de faculdade ou Universidade.

### 3.3 Goiás

a) Projeto de grande extensão a nível estadual, tem-se mostrado utilíssimo para fortalecer e sistematizar programas já em andamento.

b) O componente de Porto Nacional constitui um verdadeiro / exemplo de regionalização docente-assistencial com ênfase em cuidados primários de saúde integral em áreas rurais. Modelo de promoção e participação comunitária nos cuidados da saúde.

c) Tem sido um ótimo mecanismo de integração inter-institucional: Secretaria de Saúde e Universidade.

### 3.4 Campos

Este projeto sobressai na área de desenvolvimento de tecnologia educacional, com ênfase inicial nas áreas de graduação e residência e, / posteriormente, para pessoal de níveis médio e auxiliar necessário aos serviços de saúde. Será, além disso, um projeto voltado para a regionalização docente - assistencial em área rural.

### 3.5 Santo André

O projeto está permitindo uma gradual introdução, bem organizada e dosada, dos serviços de pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido, / num programa já em andamento de assistência infantil de grande cobertura em / área urbana (município de Santo André). É um exemplo de organização administrativa e técnica com perfeita integração com a Prefeitura e com total uso para o ensino de pediatria e obstetrícia, a nível de graduação e residência. A assis-

tência é de tipo convencional (médico assistido por pessoal auxiliar), porém / um esquema simplificado, baseado em níveis de risco, será introduzido gradativamente com redistribuição de funções e máximo uso de pessoal auxiliar

### 3.6 Niterói

A principal característica deste projeto é a integração intra-institucional com trabalho de equipe (medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, odontologia). Ainda que a ênfase inicial tenha visado a melhorar a assistência a nível hospitalar, uma gradual integração com o nível periférico, em unidades da Prefeitura e u'a maior projeção comunitária está sendo obtida.

### 3.7 Embú

Típico programa de integração docente-assistencial em comunidade "dormitório" da periferia de grande metrópole, com ênfase em cuidados / primários de saúde, usando pessoal local. A integração com a Prefeitura é satisfatória havendo porém pouca integração com outros setores da Escola Paulista de Medicina, ainda que isso represente uma das metas a serem atingidas a curto prazo.

### 3.8 Londrina

Este projeto está conduzindo a um eficiente modelo de assistência regionalizada para um município de grande área de influência rural. Apesar de dificuldades para uma perfeita integração ensino-serviço, a experiência do mútuo aproveitamento de recursos está sendo altamente favorável tanto / para o município quanto para a Universidade." (Amro - 1373 - 1.978 : 4 - 5)

Não vinculada à Fundação Kellogg - OPS, podemos citar o projeto do Estado do Rio Grande do Sul, na Unidade Murialdo, que tenta realizar a integração docente assistencial.

Além desses projetos comunitários de maior vulto, observou-se / uma gradual influência sobre o sistema de saúde pública, a nível estadual e municipal incentivando modificações em sua maneira de atuar. Algumas das dire / trizes da medicina comunitária foram sendo incorporados e adaptados ao sistema pré-existente. Foram refeitos vários programas e forçada uma ampliação da rê / de de postos. As universidades também tentam assimilar os conceitos da medicina comunitária, no sentido de operacionalizar as cadeiras de medicina pre / ventiva, medicina social ou medicina coletiva.

#### 4) A implantação em Campinas

A introdução da idéia de medicina comunitária em Campinas é de vida ao departamento de medicina preventiva e social da Unicamp. Encontramos a idéia de medicina comunitária no projeto do Jardim das Oliveiras, em 1.969. Este projeto uniu as cadeiras de tocoginecologia, medicina preventiva e pediatria, levando os alunos a atenderem no próprio bairro Jardim das Oliveiras / em interação constante com a população, fazendo o atendimento integral a partir do grupo escolar. O bairro fora escolhido pelos limites naturais que / apresentava, permitindo um levantamento correto da população. A ênfase era / dada na atenção materno-infantil e os objetivos eram o ensino e a pesquisa.

Ainda por iniciativa do departamento de medicina preventiva da Unicamp, no ano de 1.972 foi elaborado o programa de Paulínia (Plano de ensino de ciências da saúde em uma rede de serviços) que se propunha "compor uma nova realidade e então não teríamos a educação médica voltada para a realidade, mas na realidade" e o programa deveria:

- a) Participar, através dos convênios, das decisões dentro da região escolhida.
- b) Possuir autonomia para a introdução de mudanças no sistema.
- c) Instalar um sistema de controle e teste de mudanças (1.972 : 34 - )

Para tanto fôra escolhida uma região que possuísse uma zona / urbana com características industriais e uma área rural, permitindo a introdução de novas situações experimentais. Realizaria o ensino e a pesquisa utilizando um centro de saúde no qual seria implantado um sistema de atenção / materno-infantil, clinica de familia e medicina comunitária. O convenio referido foi estabelecido entre as secretarias municipal e estadual de saúde e a Unicamp. Posteriormente, a Fundação Kellogg financiou o programa.

Para os estudo preliminares da região de Paulínia e elaboração / ção do projeto, foi criado na Unicamp, o Laboratório de Estudos de Medicina Comunitária que fêz todo o planejamento, integrando várias áreas da universidade.

#### "PLANEJAMENTO DO PROGRAMA

Objetivo Geral: inserir o ensino de graduação e pós-graduação em Ciências da Saúde numa rede de Serviços instalada em uma área, ten-

do como centro o Município de Paulínia.

Princípios Básicos:

1. prática da medicina integral: este é um objetivo da faculdade e como tal deve ser aplicado. A ação se processará no indivíduo, na comunidade e no ambiente em todos os níveis da história natural da doença (período pré-patogênico e patogênico), enfatizando-se os vários níveis de prevenção / (primário, secundário e terciário).

2. prática da medicina integrada: unificação de todos os serviços de saúde da área, que ficarão sob coordenação do programa.

3. atuação em vários níveis de atenção médica: teremos um hospital de referência, Hospital Universitário, contando com os mais modernos recursos e situado no campus universitário. Logo a seguir, o chamado Centro de / Saúde de Paulínia constituído de sub-centros de saúde situados em área de menor densidade demográfica, onde será efetuada uma medicina de primeira linha por pessoal médico e para-médico. Finalmente, postos rurais, em que resolve / rão os problemas mais correntes, por pessoal para-médico ou mesmo da comunidade. Desse modo teremos uma escala iniciada pela medicina simplificada da zona rural e terminando com a sofisticação do Hospital Universitário de refe / rência. O ensino e a pesquisa terão que ser necessariamente efetuados em todos os níveis." (Programa de Paulínia - Unicamp 1.972 : 34 - 16).

O programa de Paulínia foi iniciado em 1.973, mantendo-se até a atualidade, com as modificações impostas pela sua própria evolução. os integrantes do departamento de medicina preventiva e social foram os orientadores e críticos da nova forma de atuar dos médicos, incluídos agora em uma / equipe multidisciplinar e preocupados com o alcance social da prática médica.

Foi através de um médico entusiasta dessa forma de assistência, ex-aluno da Unicamp que a medicina comunitária chegou à Prefeitura Municipal de Campinas em 1.977. Este médico participava da Emdec (Emprêsa para desenvolvimento de Campinas) e trabalhou na campanha eleitoral do Dr. Francisco Amaral, atual prefeito pelo MDB. Não sabemos o quanto êle influenciou e orientou a ênfase que a plataforma eleitoral do partido dava ao saneamento.

básico, porém a essa altura possivelmente sob sua influência, era iniciada a construção de um conjunto de prédios no Jardim Conceição, onde funcionariam / um posto de saúde, uma creche, uma escola profissionalizante e anexo, uma delegacia de polícia. Planejou-se um centro comunitário como definido pelos urbanistas, que foi construído pela Cohab com verbas do BNH. Planejava-se ou / tros centros em zonas de desenvolvimento intermediário, sendo este projeto, / denominado "projeto cura".

A transição da idéia de saneamento básico para a idéia de medicina comunitária foi imposta pela disponibilidade de pessoal e reforçada pela escolha, sob a influência do médico acima citado, do Secretário da Saúde: Dr. Sebastião de Moraes (Cirurgião geral e Coordenador do Departamento de Cirur / gia da Casa de Saúde Campinas, médico do trabalho da Duratex e Usinas Nacio / nais).

Após a posse do secretário da saúde, foi apresentado, ainda pelo mesmo médico, um projeto de atenção médica que aproveitava o prédio recém terminado pelo "projeto cura" no Jardim Conceição. Este projeto recebeu o nome de "projeto cura II", enfatizando a medicina comunitária e propondo-se a empregar sua metodologia de trabalho. Em 26 de abril de 1.977, o Diário do / Povo publicava :

"Medicina de Comunidade Tem Projeto Piloto em Campinas .

A secretaria contratou um projeto de saúde de comunidade de / técnicos que se dedicaram ao estudo específico da área durante quatro anos , aplicando-o como plano piloto na AP-2, estando prevista a implantação de mais três núcleos em bairros periféricos e carentes. Para explicar a função da medicina de comunidade, o secretário de saúde, médico Sebastião de Moraes e Jo- sé Eduardo Passos Jorge, coordenador do projeto, fazem uma distinção entre esse tipo de medicina e a medicina preventiva, argumentando que a primeira en / globa as ações tradicionais da esfera de saúde pública, dedicando-se a aten / ção médica integral, constituindo portanto uma harmonia entre todos os níveis em que a medicina pode atuar: ações de massa, ações individuais e ações de / educação.

Atuação:

No posto instalado no Jardim Conceição, dois médicos, quatro / estudantes de medicina, dois médicos psiquiatras e uma psicóloga, estarão se

dedicando a partir do dia 1º de maio, a detectar os problemas de saúde por grupo etário, resolvendo-os depois em grande escala. Para isso, ressaltam, é importante a participação da comunidade, (adestrada em grupos) que será parte / ativa do projeto no sentido de auxiliar nas campanhas de impacto (como vacinação em massa) e, diariamente transmitindo conhecimentos básicos de saúde à população.

"Toda pessoa será um agente de saúde", salienta Sebastião de Moraes, explicando que já está sendo ministrados cursos para donas de casa, / farmacêuticos e pais a fim de determinar o tipo de serviço que pode ser prestado dentro do programa. O reconhecimento da população e seu potencial também será feito através de fichas que estão sendo preenchidas por estudantes, médicos e estagiários, sobre as famílias residentes nos 9 bairros, visando / sua integração ao serviço que será prestado .

No posto, cinco programas básicos serão desenvolvidos pela / equipe de profissionais integrada a comunidade: programas de atenção médica integral para crianças de 0 a 3 anos; idade escolar (7 a 15 anos); para mulheres em idade fértil; prevenção do câncer ginecológico e o programa para maiores de 45 anos, quando aparecem com maior frequência os problemas cardíacos, de hipertensão e diabetes!

Como veremos no capítulo IV, o projeto piloto para Nova Aparecida já havia sido aprovado como projeto materno-infantil. A partir da inauguração dos dois postos em 1º de maio de 1.977, ambos foram modificando-se / de acordo com suas próprias características. Outros postos foram implantados / causando modificações estruturais na Secretaria de Saúde, porém não alterando o conjunto de idéias segundo os quais era vista a medicina comunitária.

## 5) IDEÁRIO

Para alcançar seus objetivos a medicina comunitária utiliza / alguns princípios básicos que constituem uma resposta ao estado atual da assistência médica, e adota uma estratégia própria, ao defrontar-se com as populações que visa atingir. Reunindo os autores citados anteriormente, podemos resumir, em cinco esses princípios:

### 1. Assistência integral à comunidade:

A medicina comunitária tenta descentralizar o atendimento médico, localizando seus estabelecimentos junto das comunidades que visa /

atingir. Dessa forma o acesso às instituições de saúde são facilitadas; esta maneira de atuar traz implícita a necessidade de uma hierarquização na assistência médica, cabendo ao serviço comunitário a assistência primária e a resolução dos problemas mais simples. A medida que as doenças necessitam cuidados especializados e os indivíduos dão solução para os problemas sócio-econômicos mais prementes, deve haver um nível que possa recebê-los. Isto leva a elaboração de um sistema regionalizado em que os setores urbanos ou comunidades rurais tenham níveis superiores para solução de problemas de complexidade crescente. As bases para efetuar a regionalização podem ser determinadas pelo critério geográfico ou então através da divisão regional do trabalho com base no tipo de problema a ser encarado. Cada unidade nesse sistema descentralizado deve obrigatoriamente ter autonomia a ser capaz de autogerir-se. Para melhor compreender os problemas reais da comunidade tornou-se necessário uma equipe multidisciplinar. As disciplinas requeridas dependem da região / alvo.

Fala-se muitas vezes em medicina integral, em substituição a assistência integral à comunidade. Este termo refere-se a um tipo de medicina / que encara o indivíduo como um ser integral, bio-psico-social, não restringindo-se unicamente ao biológico e, o que se considera mais grave, encará-lo como um órgão ou um sistema do organismo. É uma proposta anterior à medicina comunitária e parece antepor-se diretamente à maneira de atuar dos especialistas. A medicina integral como forma de atendimento foi absorvida pela medicina comunitária na prática do ato médico.

## 2) Medicina Simplificada:

Encontramos o termo empregado pela primeira vez no programa de saúde pública da Venezuela "Se adopto el termino"medicina" en su mas amplio sentido, esto es, sin ninguna connotacion que lo limitara a un sector especial (preventiva, curativa, etc..) para indicar o caráter completo de la atencion eug debia proporcionarse, por elemental que fuera. Se añadió el calificativo"simplificada" que se basarse en la aplicacion de metodos sencillos/ de atencion medica de primera linea, pero que há de contar al proprio tiempo con el apoyo de los servicios organizados, indispensable en todos los aspectos, en especial en lo que se refiere al asesoramiento tecnico, a la supervision y a las posibilidades de envio de enfermos al escalon superior. La diferencia, cuando exista, habrá de buscar-se en los distintos grados de capacidad tecnica y especializacion de la atencion,media, ,pero nunca en la /

assistencia de sistemas independentes, uno para las privilegiados de las zonas urbanas y otro para las poblaciones rurales desfavorecidas." (Newell, H. 1.975 : 196) .

Define-se a medicina simplificada como a parte da organização/ de saúde que tem como objetivo específico a prestação de serviços básicos de saúde por meio de auxiliares que trabalham em um sistema que lhes assegure adestramento, supervisão e possibilidades de remeter enfermos a um escalão / superior.

Podemos ver que no sistema venezuelano a medicina simplificada engloba a medicina comunitária, introduzindo também a noção de regionalização da assistência médica. Abre a possibilidade de uma assistência escalonada cabendo aos auxiliares os primeiros contatos; a isto chamamos atenção primária. Abre também a possibilidade de assistência médica a lugares afastados, e cobertura à população rural. Dentro do esquema da medicina comunitária não cabem os atos médicos sofisticados ou diagnósticos baseados em tecnologia avançada. Pode ocasionalmente recorrer a eles. Esta tecnologia deve compor o esquema geral sendo útil na atenção secundária e a nível hospitalar, são utilizadas em últimos recursos ou nos casos necessários. As unidades, postos comunitários, postos médicos sociais ou centros comunitários devem restringir-se a atenção primária. Além de constituir o primeiro contato do indivíduo com a instituição, devem resolver os casos mais simples, realizar os diagnósticos possíveis, recorrendo a instrumentos simples e de fácil manejo. As principais atividades dessas unidades devem ser educativa e preventiva.

Educativa: ao realizar reuniões com grupos escolhidos da população e orientá-los quanto as condições de saúde individual e coletiva.

Preventiva: ao centrar suas atividades não em consultas, e sim nas orientações aos sadios e prevenção das doenças mais comuns que incidem na comunidade. Para a atenção primária, não são necessários médicos. Os indivíduos da comunidade podem ser treinados para reconhecer e orientar os primeiros sinais das doenças comuns. Podem atuar a nível da comunidade orientando pessoas e ensinando-lhes como proteger-se e agir para obter condições de saúde mais satisfatórias. Estes elementos são denominados em algumas situações de promotores da saúde e podem ser recrutados entre: farmacêuticos, parteiras / padres, diretores de sociedade de amigos de bairro ou pessoas que sejam /

"líderes naturais". Não necessitam ter vínculo permanente com a unidade. Outros elementos da comunidade podem ser aproveitados, como enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Em Campinas são denominados auxiliares de saúde pública. Exercem suas funções dentro das unidades de saúde e aí recebem o treinamento. Prefere-se elementos da comunidade, supondo-se que tenham afinidade pelos elementos que irão atender, por vezes seus vizinhos. Exercem funções bem próxima a dos médicos, selecionando os casos para o médico e permitindo o atendimento de maior número de pessoas diárias.

O aproveitamento dos auxiliares de saúde, a utilização dos promotores de saúde e a ausência de tecnologia sofisticada, visa baratear o custo do ato médico e da assistência estendendo os serviços a toda comunidade indistintamente. A regionalização e a possibilidade de encaminhar os casos necessitados, garantem um atendimento adequado sem por em risco a saúde dos usuários. Como consequência da utilização de pessoal não médico, para o atendimento do público; surge a delegação de funções. Em medicina comunitária essa delegação é sempre feita pelo médico ao pessoal da unidade. Cada um executa sua tarefa com máxima autonomia e mesmo tarefas tradicionalmente centralizadas nas mãos do médico devem ser delegadas, incluindo a própria "Consulta Médica".

### 3) Participação Comunitária:

A organização Pan Americana de Saúde, reconhece que "a participação é fundamental para a extensão da cobertura dos serviços de saúde e tem por finalidade criar condições de aprendizagem que levem os indivíduos a melhor conhecer sua situação real, a relacionar o melhoramento de seu meio/ambiente ao progresso social e econômico de outros grupos humanos do país, a assumir responsabilidades como elementos populares do desenvolvimento, e adquirir a motivação que lhe sirva para solucionar seus problemas comuns. A participação da comunidade permite aos indivíduos não ser apenas os beneficiários dos programas, mas agentes de seu próprio desenvolvimento."

### (IV - REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS)

Os indivíduos da comunidade, pelo agrupamento realizado pelo posto, devem tornar-se capazes de uma participação ativa e consciente no planejamento, organização, aproveitamento de recursos e avaliação dos postos/

ou unidades de saúde comunitárias. A participação deve levar a uma orientação de interesses e uma superação das próprias condições de pobreza da comunidade. O ponto controverso é que, ao atuar, as unidades agrupam uma pequena parcela / da comunidade e passam a agir em conformidade com ela, nem sempre refletindo / as reais necessidades da comunidade.

A IV reunião especial de ministros de saúde das Américas / reconhece que "a participação desenvolve-se com a prática. A medida que desenvolve, a participação será: Ativa - quando os indivíduos intervêm nas várias etapas do processo, consciente - quando entendem plenamente os problemas, os traduzem em necessidades palpáveis e trabalham para sua solução; responsável - quando se comprometem e decidem agir com plena consciência de suas obrigações e das conseqüências destas; deliberada - quando expressam sua livre vontade ; organizada - quando percebem a necessidade de conjugar seus esforços no sentido de objetivos comuns; e contínua - quando atuam permanentemente em conjunto para a solução dos vários problemas da comunidade."

#### 4) Aproveitamento de recursos locais:

Desde o prédio até o mobiliário das unidades deve estar em conformidade com as pessoas a serem atendidas. Deve-se buscar, adquirir cadeiras, móveis, utensílios dos comerciantes da localidade. O pessoal a ser empregado nas atividades diárias também deve ser recrutado entre a população local. Desta forma a unidade passará a ser vista como fazendo parte do / dia a dia da comunidade. Esta deve identificar-se progressivamente com a unidade de saúde. Em alguns casos estimula-se a população a doar objetos ao posto para formação de pequena prateleiras, assentos, etc. O objetivo dessa atitude é fundamentalmente conquistar a comunidade, fazendo com que as pessoas / não vejam o posto ou unidade de saúde como algo que lhes foi imposto ou trazido totalmente de fora.

#### 5) Humanização do atendimento:

Faz-se atualmente muitas críticas ao comportamento do médico perante seu paciente e a submissão deste ao sistema convencional de / atendimento. A figura autoritária do médico e a imposição do tratamento culminam em uma relação médico-paciente destituída da necessária discussão, aberta dos problemas de saúde individual, familiar e comunitária.

Este atendimento individualizado e centrado no problema clínico momentâneo leva o médico a não ter em conta todo o meio familiar e social que rodeiam o indivíduo. A medicina comunitária tenta contornar esse aspecto centrando-se nas condições de família e tenta raciocinar em termos de integração indivíduo, família-comunidade.

A figura tradicional do médico em seu consultório passou a / ser criticado, propondo-se aos novos médicos que atuem junto ao povo e misturando-se com ele. Enfim exige-se um envolvimento comunitário maior dos profissionais, abrindo-se à discussão com o pessoal auxiliar e com os próprios usuários. Quanto à consulta médica em si, foi substituída, dando-se ênfase a pré consulta e a pós consulta. Principalmente esta, leva o paciente ao / contato direto com o auxiliar de saúde pública que o orienta e deve reinterpretar as recomendações do médico. Faz uma tradução de linguagem técnica para a linguagem popular e acessível a quem irá tratar-se.

As pós-consultas e pré-consultas são aproveitadas para educação e promoção da saúde.

A recepção aos usuários é geralmente afável e acolhedora; procurando-se com isso reproduzir ou fazer com que sintam a unidade como extensão do próprio lar. Também é uma forma de obter-se a participação da comunidade.

Copiamos abaixo dois quadros adaptados por E. Busnello, (1.977 : ) que resumen comparativamente as diferenças entre saúde comunitária, medicina tradicional e a saúde pública.

A saúde comunitária é vista como uma forma avançada da saúde pública ao / utilizar-se de conhecimentos e de profissionais de outras disciplinas.

QUADRO A

CONCEITOS CHAVES QUE DIFERENCIAM A SAÚDE COMUNITÁRIA DE MEDICINA TRADICIONAL

SAÚDE COMUNITÁRIA	MEDICINA TRADICIONAL
<p>1. Faz o atendimento de uma população definida (Denominador população de <u>finida</u>).</p> <p>2. Objetivo do serviço: dar cuidados integrais de saúde (promoção da - saúde, proteção específica contra as doenças, diagnóstico precoce e pronto tratamento, limitação da - incapacitação e reabilitação).</p> <p>3. O médico (ou o profissional da / saúde) toma a iniciativa de envol<u>ver</u> a população definida.</p> <p>4. Os resultados são medidos mais pe<u>lo</u> número dos que não ficam doentes do que pelo número dos que <u>fi</u> cam estabilizados ou recuperados.</p> <p>5. A pesquisa é caracteristicamente, embora não exclusivamente, orientada em termos ecológicos; a rela<u>ção</u> que se estabelece é de ser hu<u>mano</u> para ser humano ou de ser hu<u>mano</u> para o ambiente total.</p> <p>6. É essencial que a interação entre o serviço e a população definida seja planejada e realizada por / uma Equipe.</p> <p>7. As relações entre o profissional e a população incluem contos de um profissional com um paciente / com muitos pacientes, de muitos / profissionais com um paciente e de muitos profissionais com mui<u>tos</u> / pacientes.</p> <p>8. A disponibilidade para todos os indivíduos de uma população definida é essencial para o estabelecimento da qualidade do serviço.</p>	<p>1. Faz o atendimento de pacientes que procuram o serviço ( Denominador de demanda).</p> <p>2. É predominantemente diagnóstica e terapêutica ou terapêutica sem dia<u>gnóstico</u>.</p> <p>3. O paciente é quem toma a iniciativa de procurar o serviço.</p> <p>4. Os resultados são medidos pelo número de doentes que ficam estabili<u>zados</u> ou recuperados.</p> <p>5. A pesquisa é caracteristicamente orientada intra-organismo.</p> <p>6. A interação com os clientes não é planejada antes que os mesmos atin<u>jam</u> o STATUS de pacientes.</p> <p>7. As relações entre os profissionais e a população é caracteristicamente de um profissional para um pa<u>ciente</u> e ocasionalmente de muitos profissionais para um paciente.</p> <p>8. A disponibilidade entra no estabelecimento da qualidade somente de<u>pois</u> que o paciente ultrapassou / uma barreira pré-estabelecida.</p>

QUADRO B

COMPARATIVO ENTRE MEDICINA TRADICIONAL, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COMUNITÁRIA

	MEDICINA TRADICIONAL	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE COMUNITÁRIA
01. Usuários	Indivíduos	População	Grupos de população
02. Iniciativa	Paciente	Serviço	Paciente e Serviço
03. Escolha	Ampla	Restrita	Restrita
04. Acesso	Difícil	Difícil	Fácil
05. Atendimento	Episódio	Periódico	Contínuo
06. Continuidade	Pequena	Pequena	Grande
07. Atitude usuários	Obediência	Submissão	Agente
08. Atitude profissional	Aristocrática	Tecnocrática	Democrática
09. Técnicas	Diagnóstico e tratamento da doença, aconselhamento	Investigação e controle de / doenças de massa (danos), persuasão	Identificação e solução de problemas sentidos; orientação / e ajuda.
10. Enfoque	Indivíduo Sistemas e órgãos	Sociedade Grupos Sociais	Famílias e grupos Indivíduos e comunidade.
	Hipótese unicausal	Hipótese multicausal	Hipótese multicausal
	Busca certeza	Busca certeza	Tolerância com a / incerteza.
11. Modalidade	Um para um Muitos para um	Um para muitos Muitos p/muitos	Um para um Um para muitos Muitos para um Muitos para muitos
12. Característica	Profissão liberal	Sistema centralizado	Sistema descentralizado.
13. Remuneração	Direta Pagamento serviço prestado	Indireta Salário	Indireta com complementação Salário, per-capita
14. Avaliação	Doentes recuperados	Doenças evitadas	Problemas resolvidos
15. Juízo valor	Qualidade	Eficácia Custo	Satisfação usuário Cobertura população

Os princípios básicos da medicina comunitária, apoiam-se no ba rateamento da assistência médica atuando através da medicina simplificada, / tentando não prejudicar a qualidade da assistência oferecida. Postulam uma descentralização, atuando diretamente na comunidade que pretende atingir e so licitando a participação da comunidade em suas unidades de saúde ou postos. Com esta estratégia pretendem estender a cobertura à comunidades supostamente "fechadas" ou "carentes", usando seus próprios recursos e contribuindo para / seu desenvolvimento.

Este conjunto de idéias, orientando a ação, representa uma / ideologia, que iremos analisar e criticar em outros capítulos. Porém, como todo sistema de idéias que dizem respeito ao bem estar do homem, reflete uma posição política frente a desgraça humana, vejamos o contexto político em que essas idéias foram aplicadas..

## 6) Dimensão Política:

Como vimos a Universidade Estadual de Campinas - Unicamp - foi quem primeiro empregou os métodos da medicina comunitária para assistência à saúde da população, em Campinas.

O projeto do Jardim das Oliveiras sustentou durante algum tempo todo o planejamento e as preocupações de todo o departamento de Medicina Preventiva e Social, formado por médicos, sociólogos e assistentes sociais. Dentro da estrutura da faculdade de medicina deu origem a várias publicações\*, contribuindo para dar embasamento social à reflexão de alunos e docentes, e preparar terreno para mudanças nas metas do ensino médico, dentro da universidade. Este projeto tinha em si o embrião de mudanças estruturais no ensino, como emprego de medicina integral e abordagem comunitária que iriam influenciar a filosofia de assistência à saúde na comunidade acadêmica e na área política.

Na comunidade acadêmica serviu de base para a implantação / do projeto Paulínia, que preconizou também a reformulação da filosofia de ensino, integrando à assistência da população, um ensino baseado na teoria comportamental, então chamado ensino por objetivos. Fez parte de toda uma tentativa de reformulação do currículo na Unicamp, tentando transformar um ensino tradicional na área médica, em um ensino inovado, dentro de uma universidade inovada e comprometida com a comunidade. A medicina comunitária serviu de polarizadora dessa nova tendência. Em Paulínia o movimento comunitário encontrou resistências por parte de autoridades, por tratar-se de uma área de segurança nacional. As discussões e reinterpretações do papel da nova modalidade de / atenção levou a disputas dentro da equipe executora, culminando em ruptura / e reorganização dos serviços.

Na área política, propriamente dita, a partir do governo Orestes Quêrnia pelo MDB (1.969 - 1.972), notamos uma preocupação crescente /

(\*) Exemplos: a) História das gestações no bairro Jardim das Oliveiras M.Z. Sarian; O.M. Miranda; J.A. Pinotti; (Maternidade/Infância 1978 :33 - 1; 1.978 : 124).

B) Tese de Doutorado - Campos, R.Z. Fatores sociais e variações na fecundidade e no tamanho da família.

com as condições de saúde da população. A universidade através do diretor da Faculdade de Medicina, Dr. J.A.Pinotti, influenciou diretamente essa preocupação. As citações de mortalidade infantil e outras são comuns em discursos políticos da época, data desse período a criação do Hospital Municipal e a adoção pela Prefeitura Municipal do programa de controle do câncer cervical de Campinas.

Essa preocupação crescente, iria aparecer nos programas políticos dos dois últimos governos, ambos também do MDB (Lauro Péricles - 73 a 76, e Francisco Amaral - 77 - 80). O primeiro pela ampliação, embora em pequena escala, dos postos de saúde e a construção do Centro Comunitário do Jardim Conceição. A própria EMDEC (Empresa para o desenvolvimento de Campinas), através do projeto Cura incluía no seu programa de desenvolvimento de áreas intermediárias, à construção de outros prédios para postos de saúde e creches.

Francisco Amaral em sua plataforma eleitoral, falava em máximo benefício social, dando ênfase ao saneamento básico da cidade de Campinas. A implantação da medicina comunitária e a elaboração de uma política municipal de saúde foram sua preocupação constante desde o início do governo. O secretário da saúde declarava em 25/7/1.977 ao Diário do Povo:

"O prefeito municipal de Campinas, continua, nos incumbiu / de organizar uma política de saúde para o município, de acordo com a sua / filosofia temos feito desde que assumimos essa secretaria." Esta preocupação reflete não só uma meta pessoal, mas, também, uma política partidária. Vemos programas semelhantes ao de Campinas proliferarem em cidades cujos / prefeitos são emedebistas. Citamos Americana e Itapira como exemplo.

Em uma primeira etapa a medicina comunitária esteve restrita a universidade, em uma segunda, ultrapassa os limites universitários e é impulsionada pelo setor político da cidade de Campinas. Os efetores dessa segunda etapa participaram da primeira. Os médicos comunitários utilizados pela prefeitura, em sua maioria vieram da Unicamp, sofrendo influência do / grupo de Paulínia ou diretamente do serviço ali montado.

O Ministério da Saúde tem interesse em estimular esses projetos comunitários, principalmente devido a utilização da medicina simpli-

ficada e seus resultados na extensão da cobertura à população. Alguns médicos, saídos de Paulínia, participam dos trabalhos do Ministério da Saúde voltando sua atenção para a área de Campinas e estimulando a implantação da metodologia de assistência a saúde proposta pela medicina comunitária. Outra fonte de estímulo para a Prefeitura Municipal foi a normatização em 1.975, da participação dos municípios no Sistema Nacional de Saúde, criado pelo Plano Nacional de Desenvolvimento, temos:

"São atribuições dos municípios:

- a) Manter serviços de saúde de interesse da população local, em especial, pronto socorro;
- b) Manter a vigilância epidemiológica.
- c) Articular seus planos e serviços com os estaduais e federais, integrando-os ao sistema."

O entrosamento com áreas estaduais e federais ganha dimensão oficial, sendo realizadas tentativas de executá-lo após a implantação da medicina comunitária.

Para H.S. Cordeiro, (1.978 :14), a intervenção do estado nas áreas sociais tem caráter normalizador e renovador. "A questão da participação dos municípios na implantação do Sistema Nacional de Saúde remete ao problema da dinâmica da formulação das políticas de saúde como aspecto particular das Políticas Sociais."

A medida que se montavam nos postos em Campinas, tornou-se necessária a definição da política de saúde municipal.

O planejamento da política de saúde, o aumento do número de postos e o aumento do número de pessoal vinculado a secretaria da saúde, tornou-a burocraticamente mais complexa, assumindo progressivamente o papel de aparelho de estado. Maria da Glória R. Silva, nos fala em aparelho médico, "trata-se na realidade de um sistema que por meio de práticas (técnicas), atitudes, comportamentos, códigos (a ética médica, estatutos e regulamentação da profissão, etc), rituais (o vestuário, a postura, etc), discursos (um vocabulário técnico bastante especializado, um tipo de sequência de raciocínio e atuação, ou seja, uma forma própria de pensar, falar e atuar sobre os corpos), instituições (hospitais, ambulatórios, consultórios) e formas organizacionais, asse-

gura reprodução ideológica das relações de produção em uma sociedade."(1.976:41)

Vemos a medicina comunitária, utilizada como uma forma de contrapor a democracia plena a um governo autoritário. A participação comunitária, a oportunidade dos auxiliares de saúde participarem no planejamento de uma política de saúde e as reuniões com o povo, falam a favor de uma democracia praticada no dia a dia, e não somente, apregoada em discursos. Temos um órgão do governo, sujeito as mesmas restrições que sofrem todas instituições, popularizando uma forma democrática de atuar.

Estas duas posições, contestação a um governo autoritário e evolução para funcionar como um aparelho de estado ou conectada com estes (INPS, Secretaria Estadual de Saúde), trazem em si uma contradição, pressupondo ou admitindo formas contraditórias de atuar.

Neste contexto, a saúde é vista como direito das pessoas e estas são estimuladas a reivindicar os benefícios sociais, tais como melhores salários e melhores condições de moradia para usufruir daquele direito. Saímos da saúde individual exclusiva e passamos a vê-la sob uma ótica de fenômeno social. "A inserção do indivíduo na sociedade, a necessidade de conhecer o meio e agir sobre ele para proteger o indivíduo, não significa que a medicina sai de seu campo próprio de ação ou reivindica essa participação através de tarefas laterais que venha justapor a essência do pensamento e da prática médica." (Machado, 1.978 : 248)

Vista sob este prisma, a prática médica torna-se de extremo valor para uma política partidária que tenha como diretriz equacionar os problemas de saúde. Tanto a solução desses problemas como a propaganda ideológica tem os médicos seu ponto de apoio. Estes podem realizar ambas as tarefas sem manterem um compromisso direto e consciente com os poderes políticos, com os quais estão envolvidos. "Os médicos são a última peça desta cadeia e por essa posição tem ao mesmo tempo uma condição subordinada e privilegiada. Seu trabalho está inscrito em estreitos limites e é controlado para que seja apenas a aplicação das diretrizes que regulam o funcionamento do aparelho. Mas ele é controlado porque é a seu nível que se dá o trabalho ideológico". (Ribeiro da Silva, 1.976 : 53).

Se existe uma aproximação de ideais entre médicos e políticos, no momento da execução dos planos, às diferenças filosóficas e os fins a que

se propõe irão aparecer. Pelo próprio raciocínio e pela meta final a atingir, o médico envolvido com a assistência descuida-se das implicações políticas de seus atos; sendo tolhido pelo seu código de ética e consciência profissional, torna-se veículo para propagandas eleitorais e sujeito à exploração política. A este nível o poder médico, exercido e conquistado através dos atos médicos e o conjunto de seus resultados, é um instrumento poderoso para a imposição ao povo de ideologias políticas. Constituem exceção alguns médicos, políticos atuantes ou cujos cargos os coloquem em situação de distinguir os atos políticos dos atos médicos.

Dentro do contexto da política brasileira atual, dominada por uma situação autoritária, com restrições à críticas e atuação política, confrontada por um único partido de oposição, a medicina comunitária é uma forma desta última expressar suas idéias, embora tenha que se utilizar do aparelho médico de estado, para atingir a população e dar a esta a oportunidade de expressar suas reais necessidades. Os médicos e a prática médica, são um meio para atingir fins que nem sempre condizem com seus anseios. Todo corpo médico vê-se envolvido politicamente e, quer queiram, quer não, seu trabalho está preso a um compromisso político.

Veremos no próximo capítulo, como a medicina comunitária, com suas implicações políticas e administrativas, seria aplicada e conseqüentemente testada em uma região de Campinas.

### III) Capítulo Segundo: A região de Aparecidinha

#### Características

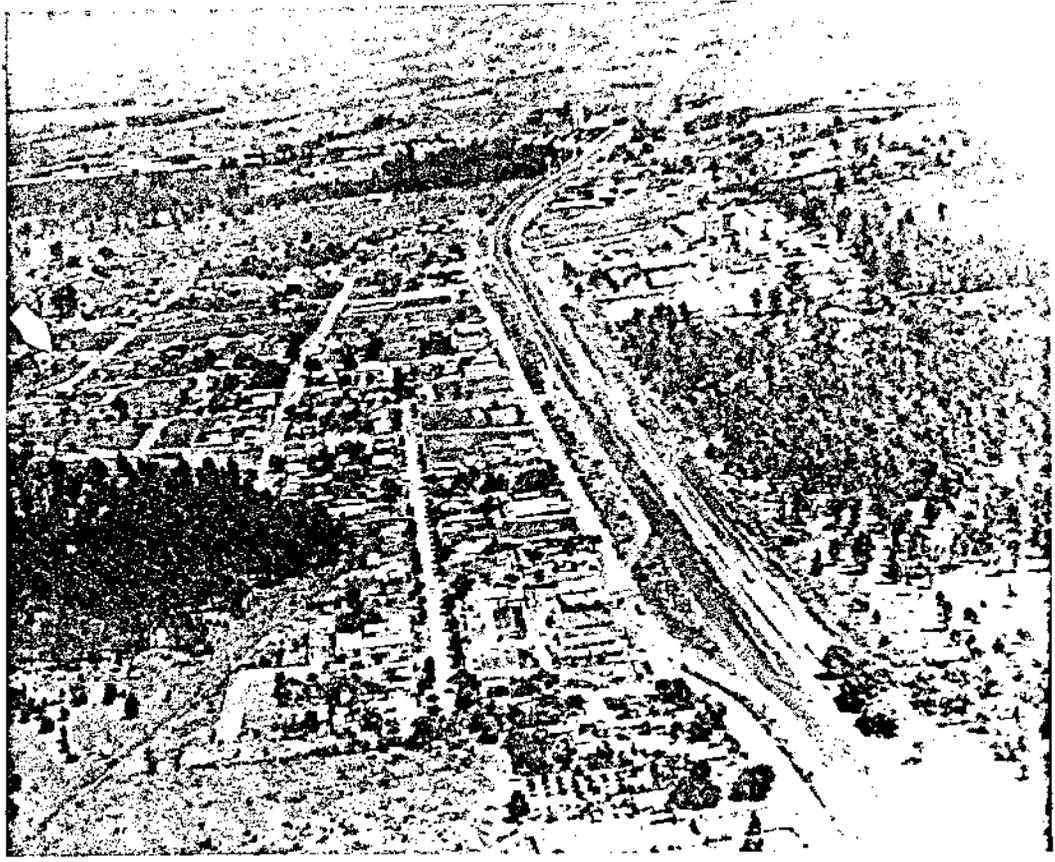
Nova Aparecida é um bairro distante 8 km. do centro da cidade de Campinas, tomando como referência o largo do Rosário. Pode-se chegar a ele através de duas rodovias. Em primeiro lugar pela rodovia Anhanguera, tomando sentido do interior do estado. Outro modo de atingi-lo é seguir pela estrada dos Amarais e tomar a rodovia D. Pedro I nos seus 3 Km. finais. O acesso a Nova Aparecida foi obtido através de um desvio entre a saída e a entrada da rodovia D. Pedro I, junto à rodovia Anhanguera, de forma que se trafega contra mão para atingir o bairro, por um trecho de aproximadamente 300 ms. Pode-se optar pelo acostamento, mas de qualquer forma cruza-se a saída da Anhanguera para a D. Pedro I. Quem vem do interior do estado para a capital encontra tres vias de acesso; entrando diretamente para dois postos de gasolina e entrando pelo bairro de Treis Marias e retornando aproximadamente 2 km.

O acesso pela D. Pedro I foi construído há aproximadamente 2 anos. Antes quem ia de Campinas para Aparecidinha tinha que cruzar a Via Anhanguera, o que resultava em inúmeros acidentes automobilísticos. Segundo o sub-prefeito a opção atual "causa menos desastres". Nova Aparecida limita-se com os bairros de Treis Maria e São Judas. À sua frente e no lado oposto da Via Anhanguera estão os bairros de São Martins e Matão. São Judas e Matão pertencem à cidade de Sumaré, sendo a divisa Nova Aparecida - São Judas feita por uma avenida. Os quatro bairros e outros menores formam uma região única com problemas comuns e compartilhados. A população da região é estimada em aproximadamente 10.000 habitantes. O recenseamento realizado em junho de 1.978 pela sub-prefeitura, apontava um total de 5.344 habitantes no distrito de Nova Aparecida, residindo em 704 casas. Temos abaixo a distribuição encontrada nos bairros do distrito:

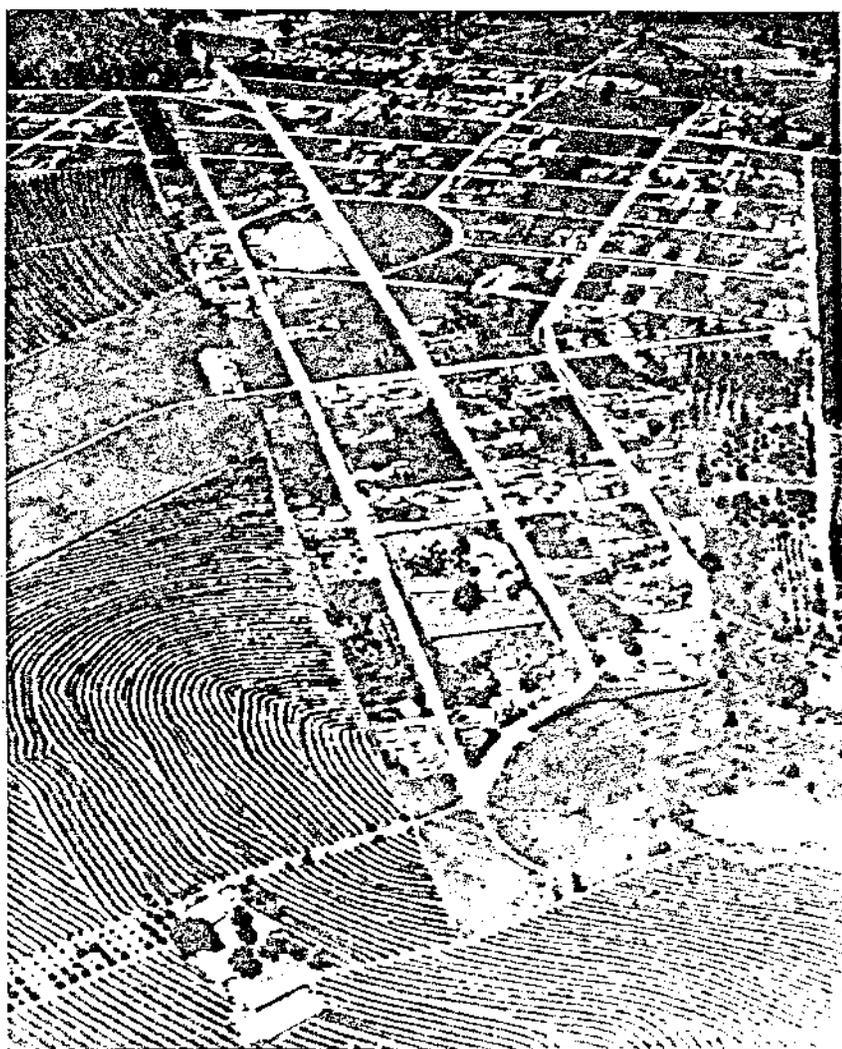
<u>Bairro</u>	<u>nº casas</u>	<u>habitantes</u>	<u>Média Hab/Casa</u>
Nova Aparecida	246	2.347	9
São Martins	117	1.512	13
B. Mendonça	81	423	5
Treis Marias	171	583	3
Bairro Paris	69	479	5
<u>totais</u>	<u>704</u>	<u>5.344</u>	<u>7,5</u>

As características dos bairros de Campinas e Sumaré são muito semelhantes, o que nos leva a concluir existirem aproximadamente 10.000 habitantes na região, o que se aproxima do dado fornecido pelo sub-prefeito com base em uma campanha de vacinação realizada no ano de 1.976.

Note-se que São Martins apresenta uma diferença em relação / aos outros bairros quanto a média de habitantes por casa, provavelmente devido a presença de migrantes recém-chegados e ao maior número de crianças / por família. Apresentamos duas fotos para dar uma idéia da região: a seta indica a posição do posto médico.



Vista Aerea de Nova Aparecida e São Judas, vendo-se  
ainda a Rodovia Anhanguera



Vista Aerea de São Martins e Matão

a) As condições locais de Urbanização:

Nova Aparecida possui ruas asfaltadas, segundo informações dadas por uma moradora antiga, alguns locais não possuem asfalto porque os proprietários residem em São Paulo e não se interessaram em participar do benefício. A água é obtida de poço artesiano, tendo bombeamento para uma caixa que abastece a região. Utilizam fossas para os dejetos não se cogitando em rede / de esgoto. Existe luz elétrica. Três Marias goza os mesmos benefícios porém é um local mais acidentado e não possui asfalto; sua entrada pela Via Anhaquera é dominada pela fábrica Adere, indústria de adesivos. São Judas não possui ruas asfaltadas exceto a avenida que serve de limite entre Sumaré e / Campinas. Porém possui luz e água. Matão e São Martins são os bairros mais desprotegidos, não possuindo luz ou água encanada. As ruas são escuras e / empoeiradas.

Em toda região há uma grande dispersão de casas, notando-se / grandes áreas sem construções. Algumas dessas áreas pertencem a prefeitura / sendo tidas como praças ou futuras ruas. Em Nova Aparecida e São Judas os / terrenos baldios e as praças são melhores delimitadas. As tabelas demonstram a situação quanto a luz, água e esgoto. Tabelas 1 e 2

1- Obtenção de Água	Nº	%
rede	49	43,7
poço	53	47,3
forneçada	10	8,9
total	112	100,0
2- Tipo de esgoto	Nº	%
fossa séptica	62	55,3
fossa negra	46	41,0
outros	4	3,5
total	112	100,0

Tabela 3

Obtenção Luz		
Tipo	Nº	%
elétrica	80	71,4
querosene	28	25,0
vela	2	0,8
gáz	1	1,7
outros	1	0,8
total	112	100,0

A região e seus bairros é mais conhecida como Aparecidinha. Devido a sua localização geográfica, Aparecidinha torna-se isolada da cidade. Acrescenta-se o fato de não ter telefones públicos locais e a maioria das casas não possuem aparelho próprio. Os fatos da vida local assumem um caráter próprio, isolado do restante da cidade e mantendo com esta pouca troca de informações. Os acontecimentos de Aparecidinha são muitas vezes publicados / nos jornais de Sumaré e raramente nos jornais da cidade de Campinas. Atualmente existem ônibus que vão de Nova Aparecida ao centro da cidade cada 30 minutos.

São Martins e Matão são servidas por ônibus, atualmente cada / 10 minutos até as 22 horas; a partir de então ficam totalmente isoladas. São linhas distintas que percorrem caminhos diferentes. O ônibus de São Martins vem pelos Amarais seguindo junto a cooperativa enquanto o de Aparecidinha entra pelo trevo da rodovia D. Pedro I. Esta situação existe há mais ou menos três anos, sendo que São Martins até então não possuía ônibus e os seus habitantes tinham que caminhar a pé aproximadamente 2 km., atravessar a pista e tomar a condução em Nova Aparecida para atingir o centro de Campinas.

O comércio local restringe-se a alguns super-mercados (atualmente dois entre Nova Aparecida e São Judas), embora existam vários bares / que funcionam como mercearias e padarias, incluindo as lanchonetes junto ao posto de gasolina. Não existem lojas de calçados ou roupas, sendo estas / adquiridas em Campinas.

Existem grandes fábricas no local, ou próximas, onde os habitantes buscam empregos. Podemos citar como principais a Minasa, fábrica de óleos comestíveis, "a grande empregadora", no dizer de um de seus habitantes, a Wabco, fábrica de tratores, etc.

Outras indústrias menores e semi-artesanais são: Grapiol, Granja Ito, esta, situada no município de Sumaré, é um núcleo humano distinto, e que compartilha as vantagens e desvantagens do local; aí são oferecidas residências aos empregados. A mais recente e de grande porte a instalar-se no local foi a Johnson & Johnson, concorrendo para maior absorção de mão de obra.

Aparecidinha não é conhecida como núcleo de marginais ou elementos procurados pela polícia. Existe no local uma pequena delegacia de polícia com dois homens de serviço e que não são muito acionados. Nos últimos anos parece haver maior número de assaltos a casas e furtos a automóveis estacionados no local. Porém, podemos considerar a criminalidade local baixa, mesmo considerando a existência de uma favela "a coloninha". Fala-se de "maconheiros" e "lares abandonados", porém a proporção por nós observada é baixa; não conseguimos contato com nenhum desses elementos. Quanto ao problema de tóxicos não nos preocupamos muito, porém, por ser uma comunidade relativamente fechada, a delinquência é logo rejeitada. Quando iniciamos nossas atividades, falava-se muito em um caso de morte, após a "moça" ter provocado um aborto, merecendo publicações em jornais de Sumaré. O número de mães solteiras nos parece baixo, porém, muitas logo após engravidar amasiam-se, solucionando o problema do ponto de vista familiar. Os casamentos são relativamente precoces, sendo comum encontrarmos adolescentes de menos de 20 anos casadas ou amasiadas.

b) O problema do limite:

Segundo referências de alguns residentes mais antigos, o limite entre Campinas e Sumaré ao ser colocado na região, somente "veio atrapalhar". Ao que parece muitos preferiam estar vinculados a Campinas, provavelmente por ser um município mais rico. A mudança do limite teve implicações políticas e segundo os moradores, interesse de um político em especial.

Pelo que pudemos observar, atualmente existe rivalidade entre os bairros. Não há luta ou hostilidade declarada e a rivalidade aparece mais quando das reivindicações para os bairros. É o caso dos centros comunitários.

Embora Nova Aparecida conta com uma sociedade amigos de bairro há anos, a presença de um centro comunitário em São Judas, dirigido por uma freira e contando com assistência médica e assistência dentária, foi uma das mais fortes motivações para a reivindicação de um posto médico ou de "puericultura" para Nova Aparecida.

Tentou-se impor o nome de centro comunitário ao atual centro médico social. A escola local pertence ao estado, porém em Matão existe uma escola municipal que é frequentada por crianças de São Martins. Este ano esta frequência foi proibida, obrigando o pessoal de São Martins a providenciar uma escola para suas crianças, junto a Campinas.

O posto médico, como o centro comunitário, é frequentado indistintamente por pessoas de ambos os municípios. Algumas diferenças são notadas, como a presença de asfalto em Nova Aparecida, o que não existe em São Judas.

c) A sub-prefeitura:

Tanto a zona pertencente a Campinas quanto a de Sumaré, constituem sub-prefeituras, sendo os sub-prefeitos nomeados entre a população local e são responsáveis direto pela administração, conservação e limpeza locais. São considerados os representantes oficiais do prefeito na localidade e devem prestar contas a estes de suas realizações. Junto à sub-prefeitura de Nova Aparecida atuam, além do sub-prefeito, um fiscal público e uma agência de correio, com uma pessoa responsável pela correspondência local. Dessa forma, desde os impostos municipais, fiscalização e até correspondência são centralizadas na sub-prefeitura. A vida pública em Nova Aparecida é controlada diretamente pelo sub-prefeito, que mantém dois funcionários à sua disposição, além do fiscal e da agente do correio. É comum vermos reparos em instalações sanitárias, cosertos de rua, serem executados sob sua supervisão direta. Dispõe a sub-prefeitura de um caminhão basculante e 6 a 8 homens (peões) que trabalham sob sua orientação.

O mandato do sub-prefeito coincide com a do prefeito, sendo escolhido ou destituído de acordo com as regras de confiança e conhecimento político local. O atual sub-prefeito ao término deste mandato de 4 anos, perfazerá 12 anos no cargo. Os fiscais são indicados pela prefeitura municipal.

cipal, porém os demais funcionários dependem diretamente de sua aprovação ou sua indicação para serem contratados. Mantém a administração centralizada e procura dirigir com mão firme e atitudes por vezes rígida e imutáveis. Como exemplo, temos o problema dos barracos que não permite sejam construídos em Nova Aparecida, ameaçando derrubar com um trator os que forem construídos. A sub-prefeitura funciona como entidade centralizadora das atividades locais, estando o sub-prefeito limitado ou subordinado somente ao prefeito e seus / assessores diretos.

A região conseguiu eleger um vereador, que embora não resida / no local, mantém-se inteirado de seus problemas, sendo visto frequentemente / na sub-prefeitura. Atua em todos atos públicos como inaugurações e acontecimentos locais. Mantém relacionamento pessoal estreito e amigável com o sub-prefeito e seus familiares.

A política, a vida familiar e religiosa estão entrelaçadas em Nova Aparecida, tornando difíceis os contatos e a abertura para estranhos. Os elementos que vivem em barracos, os de condições econômicas inferiores e que mantêm um padrão de vida tido como inferiores, sofrem uma nítida discriminação daqueles que conseguem manter os filhos em uma escola e princi / palmente dos que vivem em Nova Aparecida. Percebe-se no convívio diário a separação entre as que se julgam economicamente mais bem situadas. Entre / estes temos os donos das pequenas emprêsas locais, operários qualificados, funcionários públicos e as famílias mais antigas do local.

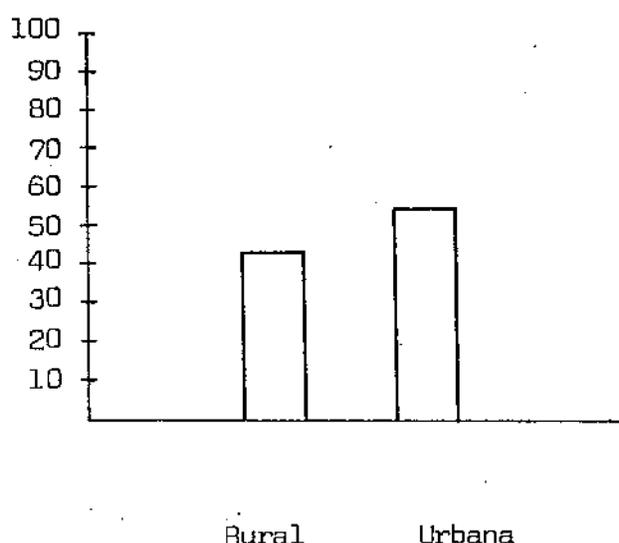
d) Procedência das famílias: Migração e Fixação

Tentando quantificar os dados referentes a composição social da região, fizemos um levantamento em 112 fichas familiares entre os que / frequentam o posto médico social local. Obtivemos vários dados que junta / mente com a atividade cotidiana nos permitiram ter uma visão global da re / gião. Esses dados foram compatíveis com a impressão subjetiva e as obser / vações realizadas.

Os dados são referentes à região, pertencendo os indivíduos, tanto Sumaré quanto a Campinas.

As tabelas 4 e 5 e o gráfico nº 1 mostram a distribuição da procedência e o equilíbrio entre as populações de origem rural e urbana.

Gráfico I - Procedência dos pacientes segundo zona de origem



A maior porcentagem de famílias procedem do interior de São Paulo (41%); não especificamos a cidade, porém o maior contingente provem da cidade de Garça. Existe no local uma família que foi a pioneira nesta corrente migratória e destinaram-se a trabalhar na lavoura local. Após terem-se fixado aqui vieram vários parentes e outras famílias de suas relações que vinham "com emprego ar / ranjado" ou destinados a trabalhar temporariamente na colheita de algodão. O Sr. Geraldo, que foi o pioneiro dessa corrente, viaja à Garça periodicamente e exerce função semelhante ao "Gato" dos boi-fria. É uma situação semelhante à en / contrada por C. L. Ramos no Jardim Londres. "a maior parte das pessoas que ai vi / viam, havia chegado até a cidade, principalmente ao bairro, por interferência / de algum parente, fôsse na qualidade de "trazido" ou "mandado" buscar, ou então haviam seguido alguma sugestão e simplesmente "aparecido". "A maior parte das pessoas que ali estava, fossem quais fossem as datas de sua chegada, haviam mi / grado do campo para a cidade em busca de melhoria de vida, e procediam maciça / mente do próprio estado de São Paulo" (Ramos, 1.976 : 48').

Muitos desses migrantes fixaram-se aqui nos últimos dez anos e passaram a trabalhar nas indústrias locais como operários. Este grupo provin / do da zona de Garça ou cidades do interior de São Paulo, oriundos de zona rural fixaram-se em sua maioria na zona de São Martins. Estes elementos, a nosso ver,

formam um grupo coeso, compartilhando as necessidades com os elementos provindos de outros locais. Procuram reivindicar melhorias para sua zona e são mais exigentes em relação aos serviços oferecidos pela sub-prefeitura. A presença de Sr. Geraldo, coordenando o pessoal em relação ao trabalho, possivelmente tenha concorrido para essa união e o aparecimento de outros líderes. O levantamento de problemas, o estímulo à discussão e a reação à liderança, favorece o aparecimento, de elementos dispostos a lutar pelo que julgam merecer. É um grupo que tende a fixar-se na região.

Como era de se esperar, muitos habitantes procedem da própria cidade ou de outros bairros, o que é explicado pela presença das indústrias e as dificuldades de transporte do centro da cidade para Aparecidinha. Torna-se mais comum residir nos bairros próximos gerando uma "corrente migratória" na própria cidade. Em nosso material, constitui o segundo grupo em nº de pessoas, não tendo uma característica saliente em termos de comportamento. São operários em sua maioria.

O terceiro grupo, provém do Sul do País (aproximadamente 17%). O maior contingente migratório vem do interior do Paraná.

Os migrantes referem uma forte geada, a mais ou menos 5 anos, que "destruiu a plantação" e queda na utilização de mão de obra humana para derrubada da mata e beneficiamento de madeira. Daí a saída à procura de melhores condições econômica. A grande maioria dirigiu-se ao bairro de São Judas, morando em barracos, dando início a favela, auto denominada "coloninha". Muitos permanecem neste local e recebem familiares que vêm e fixam-se na região ou na própria favela. O local onde ergue-se a favela é uma área limítrofe com uma grande faixa de terreno pertencente a Fepasa. Neste mesmo local, a Cohab Campinas pretende construir um conjunto habitacional de mais ou menos mil e quinhentas casas populares. São os que frequentemente acabam mudando para outro local da cidade. Suas acomodações são inferiores às de São Martins. São pessoas relacionadas com a indústria madeireira. Entre eles existem alguns semi-especializados, como marceneiros e carpinteiros. Em Aparecidinha não encontram ocupação com facilidade e por só existir o trabalho "de fábrica", preferem adotar outras ocupações (servente de pedreiro, trabalho com madeiras, etc.). Neste grupo não encontramos alguém que pudesse servir de aglutinador e muitos não tem relações de parentesco, porém dirigem-se para o local. Uma das pessoas refere "ter ouvido falar que o lugar era bom". Residia no local há 2 meses e o marido trabalhava como marceneiro em Campinas.

Neste grupo, ao contrário do outro grupo de migrantes, não observamos o sentimento recíproco para solução de problemas idênticos; cada família possui seu problema e procura resolvê-lo isoladamente. A Irmã Rita os socorre ocasionalmente. Enfim, são famílias que vivem seus problemas econômicos e de adaptação isolados, não procurando uma solução em conjunto.

Embora a fixação em Aparecidinha tenha características distintas para ambos os grupos, não foge às descrições dadas por E. Durham, (1.973:2 : 136 - 138) "os migrantes rurais se dispersam na população e não podem ser estudados como grupo ou classe social, mas apenas como categoria de pessoas". Observamos que temporariamente a tendência é formar grupos e fixar-se próximo a conhecidos ou outros de mesma origem. À medida que mudam-se de Aparecidinha, / pode existir a dispersão referida.

Alguns traços observáveis nos grupos migrantes de Aparecidinha, / já foram descritos. Vemos nas tabelas a grande proporção de elementos sem documentos ou com documentação irregular.

"O migrante passa a ser um ponto de contato entre a sociedade na qual se estabelece e a comunidade de origem. Familiares, parentes ou conterrâneos seguem-no na migração e o procuram para auxiliá-los a se estabelecerem na sociedade de destino" e "na medida em que o mercado de trabalho se organiza burocraticamente, exige-se do trabalhador uma qualificação mínima que é o reconhecimento legal de sua condição, isto é, para que possa se oferecer como mão de obra, o trabalhador necessita de documentos: carteira de identidade, carteira / profissional, certificado de reservista, título de eleitor, etc. Sem esses documentos, situação muito frequente entre os migrantes rurais, o trabalhador se coloca fora do mercado de trabalho regularmente constituído, e portanto, fora da proteção legal outorgada ao trabalhador e se marginaliza em termos dos sistemas econômicos mais produtivos e melhor remunerados" (E. Durham, 1.973 : 149 ).

Citamos anteriormente o papel de uma pessoa como polarizadora do fluxo migratório do interior para Campinas, No grupo provindo do Paraná, as notícias do local, chegadas à comunidade de origem, é um fator determinante do fluxo dirigido para Aparecidinha. Citando ainda E. Durham "As pessoas viajam e voltam, a passeio ou permanentemente; voltando contam suas experiências, descrevem os lugares onde estiveram, explicam como se faz a viagem de local particular para outro. O espaço, o mundo físico não é uma concepção abstrata, mas resulta /

da experiência concreta vivida pela coletividade, elaborada através da comunicação inter-pessoal direta".

Reconhecemos em Aparecidinha outro grupo com características próprias. São moradores antigos no local, fixados desde o início do loteamento e possuindo casas de aluguel, pequenas e médias indústrias, etc. Enfim, pequenos comerciantes, funcionários públicos e bancários. Constituem um extrato da população fixa, residindo nos bairros de São Judas e Nova Aparecida. É o que de início chamamos a "elite" de Aparecidinha e posteriormente os identificamos como pequenos burgueses.

e) Condições das famílias:

Uma das dificuldades foi caracterizar a região de acordo com a ocupação dos pais ou dos responsáveis pela família.

A partir dos pais, classificamos segundo a qualificação; obtivemos os resultados da tabela nº 6.

Nota-se o predomínio da mão de obra não qualificada, o que está de acordo com a presença da corrente migratória e da presença pessoal, oriundo da zona rural. A presença das fábricas requer mão de obra qualificada, como mecânicos, funileiros, motoristas e devido ao isolamento, a mão de obra semi qualificada, como pedreiros, balconistas, etc. Os de ocupações de nível superior provavelmente residam no local, trabalhando efetivamente no centro da cidade. A presença de autônomos explica-se pela presença de pequenas indústrias, quase artesanais, cujos proprietários inscrevem-se no instituto de previdência como autônomo ou mesmo dispensa esta filiação.

Em uma primeira aproximação com Aparecidinha teve-se a impressão que na zona existiam boias frias, o que posteriormente não foi confirmado. Tal impressão foi robustecida pela presença do Sr. Geraldo e pelas referências a caminhões que passavam, apanhando o pessoal para o trabalho. Esses caminhões pertencem às indústrias locais e são utilizados no transporte de operários.

A seguir temos a tabela 6, na qual destacamos a ocupação do pai segundo a qualificação.

Tabela 16

Ocupação do pai segundo a qualificação		
mão de obra	Nº	%
não qualificada	52	46,4
semi-qualificada	16	14,2
qualificada	22	19,6
superior	5	4,5
autônomo	12	10,7
ignorado	5	4,5
total	112	100,0

Quanto ao grau de instrução, tínhamos notícia através de vários moradores locais que o índice de analfabetismo era alto, tendo se realizado vários cursos de alfabetização no grupo escolar local.

Encontramos realmente, grande número de analfabetos, dificultando o trabalho e mesmo a comunicação ou avisos que tentamos enviar a população. Avisos sobre a inauguração do posto, panfletos convocando para reuniões, etc.

Analfabetos de fato, que não leem ou assinam o nome, encontramos um número baixo, ao redor de 10%; porém semi-alfabetizados e com mobilidade, o índice é de 20%. Como a informação foi dada oralmente, cremos ter um dado falho, havendo muitos que negam sua condição de analfabetos ou semi-alfabetizados, alegando "saber ler" ou "ter escrita".

Os dados numéricos desta tabela são portanto sujeito a erros e desvio de informações.

Tabela 7

Grau de instrução das pessoas da família, excluindo as crianças em idade pré escolar		
Grau	Nº	%
analfabeto	51	9,8
alfabetizado	56	10,8
primário completo	86	16,6
primário incompleto	165	33,9
secundário completo	28	5,4
secundário incompleto	102	19,6
superior completo	6	1,1
superior incompleto	6	1,1
outros	6	1,1
total	516	100,0

Procuramos estudar as condições de promiscuidade em que vive a população de Aparecidinha. Para tanto, levamos em consideração o número de pessoas na casa e o número de comodos. Encontramos um índice de promiscuidade de 1,7%, o que significa um grau de agrupamento alto, revelando condições sanitárias deficientes, predispondo a doenças várias, principalmente transmissíveis, e problemas sociais os mais diversos.

As tabelas mostram a distribuição do número de pessoas e número de comodos .

Tabela 8

Número de pessoas na casa		
Pessoas	Nº	%
2 a 5	46	41,0
6 a 10	55	49,4
11 a 15	11	9,8
total	112	100,0

Tabela 9

Número de comodos na casa		
Comodos	Nº	%
1 a 2	31	27,6
3 a 4	41	36,6
5 a 6	27	24,1
7 a 10	12	10,7
ignorada	1	0,8
total	112	100,0

Um fato que chama a atenção é o grande número de residências próprias provavelmente devido o custo relativamente baixo dos terrenos e a possibilidade de construir qualquer tipo de casa, com exceção de Aparecidinha onde não são permitidos barracos; porém percorrendo a região vemos um grande número de casas de alvenaria embora com acabamento, descurando a beleza estética, ou mesmo inacabadas. Em Nova Aparecida, encontramos casas de bom aspecto, embora simples, porém dando a impressão de conforto; 80% das casas da região são de alvenaria.

Tabela 10

Tipo de habitação a construção		
tipo	Nº	%
alvenaria	85	75,9
tábua	24	21,4
outros	3	2,7
total	112	100,0

Tabela 11

Situação da residência		
Casa	Nº	%
Própria	50	44,6
Cedida	21	18,6
Alugada	4	3,6
total	112	100,0

f) Renda e gastos familiares:

A metade da população estudada tem uma renda familiar de Cr\$ 1.000,00 a Cr\$ 3.000,00 mensais, o que está de acordo com a população estudada quanto a ocupação. Salário mínimo vigente Cr\$ 1.500,00. Não nos preocupamos com a renda per capita, por lidarmos com uma população com distribuição / de salários e ocupações características de uma faixa definida e uniforme da população. Apesar de haver diferenças atribuídas às pessoas e uma possível estratificação e discriminação, cremos ter em Aparecidinha uma composição social uniforme.

Tivemos grande dificuldade em obter os dados referentes a gastos mensais, e julgamos os dados não fidedignos. Por esse motivo colocamos as tabelas sem comentá-las. Observamos que o aluguel, por ser fixo e os gastos referentes a luz e alimentação, são mais fidedignos e não ultrapassam o limite de 50%; 20% e 50% da faixa de renda mais frequente. Também o "problema da casa própria", aparece aqui e repete-se os 50% de pessoas que alugam casa para morar. Quanto aos alugueis em Nova Aparecida, acompanham os preços de / Campinas; conhecemos casos em que um barraco de terra batida com tres cômodos é alugado por Cr\$ 1.000,00, conforme informação do inquilino. Uma casa em alvenaria chega a custar de aluguel, cerca de Cr\$ 2.000,00.

Tabela 12

Renda familiar mensal, em cruzeiros		
Renda	Nº	%
menos de 1.000	4	3,5
1.000 a 1.500	17	15,1
1.500 a 2.000	16	14,2
2.000 a 3.000	17	15,1
3.000 a 5.000	27	24,1
mais que 5.000	19	16,9
ignorado	12	10,7
total	112	100,0

Tabela 13

Despesas familiar mensal em cruzeiros					
Aluguel	Nº	%	Água-luz-gaz	Nº	%
0	50	44,6	0	11	9,8
ignorado	21	18,7	0 a 50	5	4,5
300 a 500	13	11,6	50 a 100	15	13,3
500 a 1.000	13	11,6	100 a 150	14	12,5
1.000 a 1.500	9	8,0	150 a 200	15	13,3
1.500 a 2.000	6	5,3	200 ou mais	31	27,6
2.000 ou mais	0	0	ignorado	21	18,7
total	112	100,0	total	112	100,0

g) Saúde:

Existe em Aparecidinha cerca de 22% de pessoas que frequentam o posto de saúde médico social e não tem direito ao sistema previdenciário. Ou não são registrados nas firmas, ou porque possuem ocupações ocasionais; 20% são previdenciários. Chama a atenção o grande número de pessoas / com documentação irregular ou mesmo que não possuem documentos, chega a 50% entre os frequentadores do posto. A tabela abaixo ilustra o fato.

Muitas destas pessoas ignoram outras instituições de saúde, não sabendo informar com segurança às que tem direito de utilizar.

Tabela 14

Instituto de previdência a que tem direito		
Instituto	Nº	%
nenhum	25	22,3
INPS	22	19,6
direito s/documento	59	52,7
outros	6	5,4
total	112	100,0

Quanto às doenças mais encontradas, tivemos: verminoses e doenças infecciosas em grande proporção, chegando a atingir 80% da população, como aparece na tabela abaixo. Como deficiência física, estudamos outras doenças / não bem caracterizadas ou sem um diagnóstico preciso. A presença de um psiquiatra no posto, talvez, seja a causa do alto índice de déficits mentais encontrados.

Tabela 15

Tipos de doenças mais frequentes		
doenças	Nº	%
infecciosa	57	50,8
verminose	43	38,3
deficit físico	9	8,0
deficit mental	18	16,0
total	112	100,0

h) As Igrejas e recreação:

No local existem quatro igrejas: Nossa Sra. Aparecida e São Judas, católicas; Congregação Cristã do Brasil e Assembléia de Deus.

A igreja de São Judas tem anexo o centro comunitário, o qual é dirigido por um grupo de freiras. A superiora, Irmã Rita é também odontóloga. O centro comunitário promove festas e cursos para jovens (corte e costura, datilografia, etc). Mantém ainda um consultório com dois médicos pagos pela prefeitura de Sumaré, e um gabinete dentário para servir à população.

Uma freira atua como assistente social, indo às casas dos / "pobres" e "levando auxílio espiritual e material". Aos desempregados e / aos recém chegados sem emprego, fornecem suprimento alimentar durante tres meses. Findo estes, suspendem o fornecimento de qualquer auxílio. Neste / tempo, procuram orientar ou conseguir emprego para o necessitado. A irmã superiora goza de muito prestígio no local, embora, como odontóloga muitos a temam, porque "só sabe arrancar dente".

Os médicos atendem diariamente, em hora determinada. São de Campinas e dão um atendimento rápido, sem deterem-se em exames laboratoriais ou esquemas preventivos. Dispoem de uma pequena farmácia de medicamentos / doados, que fornecem à população.

A igreja de Nossa S. Aparecida, contava com um vigário que não morava no local e pertence ainda a paróquia do Jardim Eulina. Em Nova Aparecida ficava um diácono, que tentava realizar a tarefa social da igreja. A igreja possui também uma sede paroquial, onde frequentemente realizam-se pequenas festas e um campo de futebol próximo. Esta igreja localiza-se junto à Via Anhanguera e está mais próxima do bairro de São Martins.

O diácono vivia em Nova Aparecida, sendo também funcionário da sub-prefeitura e atuando como despachante. Procurava atualizar e manter em ordem, os documentos dos habitantes, especialmente dos recém chegados. É uma pessoa controvertida; alguns o viam como um benfeitor, porém a maioria, o vê como um oportunista e pouco honesto. É acusado de ter ficado / com o dinheiro que fôra arrecadado para construir um centro comunitário em São Martins. Foi centro de vários conflitos que serão relatados posteriormente. Disputava a liderança religiosa com um ministro religioso, genro do sub-prefeito.

Com a Congregação Cristã do Brasil não tivemos muito contato, tendo esta, poucos seguidores. É a mais recente do bairro.

A Assembléia de Deus é a mais antiga e o seu pastor não goza de muita popularidade. Uma das moradoras mais antigas o vê como "capaz de tudo por causa de dinheiro". É bastante frequentada.

A região de Aparecidinha não possui locais para recreação popular. Aos jovens é oferecido o centro comunitário de São Judas. Os adultos assistem futebol aos domingos e os ofícios religiosos. Cinemas, / bailes e outras diversões são encontradas em Campinas.

Para as crianças, as condições não são diferentes. Existem em Nova Aparecida, um pequeno play-ground de mais ou menos 10 m<sup>2</sup>, com 3 balanços e 3 gangorras, nada mais. Usam normalmente as ruas como locais de recreação. Os demais bairros nada possuem para proporcionar lazer às crianças.

A sociedade amigos de bairro promove regularmente bailes, que antes eram familiares mas que, com a direção atual, parecem destinados mais à juventude. Existiu em Aparecidinha uma boite que funcionava também como restaurante, sob a direção de um artista: Paulo Salles, que faleceu no ano de 1.977. Porém há mais de quatro anos não funcionava, sua frequência era / por pessoas vindas de Campinas ou de outras cidades.

O relacionamento entre os moradores é amigável. Entre as pessoas que frequentam as diferentes igrejas ou mesmo os centros comunitários, não existe animosidade. Uma distinção que se pode observar é entre os "ricos" e "pobres". Aqueles tentando proteger ou beneficiar os segundos, embora olhando-os com certo desprezo "gente que não toma banho", "existe para a gente ajudar", etc. Os recém chegados são naturalmente recebidos, provavelmente, por haver nos moradores mais antigos consciência de que permanecerão / pouco tempo.

## 2ª) Classes, Discriminação Social e Comunidade

Embora uma observação superficial não o demonstre, existe no distrito discriminação entre dois extratos sociais distintos, percebidos nas expressões mais utilizadas no local de, "pobres" e "ricos". Existindo maior discriminação dos "ricos" em relação aos "pobres". Estes últimos geralmente localizados na "coloninha" ou nos casebres locais.

Observando o comportamento de uma das enfermeiras, residente no local há trinta e quatro anos, esse comportamento discriminatório é nítido, atendendo com mais respeito e com mais atenção aos "ricos", embora dispense todo carinho aos "pobres". Porém, nota-se uma crítica velada ao afirmar que "essa turma de Aparecidinha não tem jeito". Ainda citando as palavras de uma moradora local, acredita que "os pobres e coitadinhos servem para a gente ajudar". Posteriormente vemos o mesmo comportamento discriminatório em um dos médicos ao afirmar que um dos motivos de dar boa atenção a todos e não deixar de vir ao posto "é mais por caridade". Mesmo algumas mães / que preferem não levar leite do posto, "deixando para os mais pobres", estão reconhecendo essa distinção e auto atribuindo-se um extrato, considerado em seu sistema de valores, como superior.

Vistas sob o prisma de classes sociais, podemos falar em pequena burguesia e operários. A divisão em "ricos e pobres", expressa também

a tendência à divisão entre a classe operária, reconhecida e identificada em uma sociedade industrial como a classe produtiva e dominada pelos pequenos / burgueses. Esta "classe também explorada e dominada pelo capital, mas de forma completamente distinta da exploração e dominação sofrida pela classe operária". (Poulantzas, 1.975 : - 314).

Esta divisão remete as oposições locais ao sub-prefeito atual, apegando-se seus opositores a suas atitudes rígidas e sua "pouca cultura" que constituiriam traves ao desenvolvimento da região. Entre os que se lhe / opoem estão um antigo funcionário, "grosso e ignorante" no seu modo de ver e um professor primário que reside no local. Essa oposição não é feita de maneira ostensiva, porem a disputa transparece na eleição para presidente da sociedade amigos do bairro. Atualmente, o presidente é um dos opositores do sub-prefeito, tendo este referido que a sociedade "atualmente só faz baillinhos e não serve para as famílias". Notamos que nesta disputa os envolvidos pertencem à pequena burguesia e não há manifestação pública da luta pelo poder.

Não reconhecemos nas aspirações pelo cargo de sub-prefeito, / uma luta de classes. Cremos haver dentro da pequena burguesia local uma divisão concreta entre pequena burguesia tradicional e a nova pequena burguesia, advindo daí as oposições e o radicalismo individual nas opiniões.

Poulantzas distingue estas duas frações na pequena burguesia, com traços ideológicos distintos da burguesia e da classe operária. Adverte, no entanto "que a pequena burguesia não é uma classe como as duas classes / fundamentais da formação social capitalista - a burguesia e o proletariado -, não apresentando principalmente a unidade que caracteriza aquelas". Portanto é mais correto falar-se em um sub conjunto ideológico pequeno burguês do que em ideologia pequena burguesa. A determinação de classe da pequena burguesia pode ser resumida em: (Poulantzas, 1.975 : 35 - 307 - 327).

"Pequena burguesia tradicional" - seu lugar nas relações de produção compreende: a) A pequena propriedade composta pelo pequeno comércio, onde o proprietário de bens de comércio fornece o trabalho ajudado pela família; o trabalho assalariado é empregado ocasionalmente . b) A pequena / produção: são formas de artesanato ou pequenas emprêsas familiares, que retira lucro da venda, mas não extorque o sobretrabalho.

"Nova pequena burguesia" - constituem os denominados trabalhadores não produtivos, tais como os empregados de comércio e dos bancos, os empregados de escritório, que não estão constituindo uma classe própria, face à burguesia e à classe operária. Trata-se de uma forma de trabalho assalariado, ou seja, remunerado sob a forma de salário. Compreende ainda os executivos e os agentes do aparelho de estado, funcionários e técnicos de produção.

Entre a nova pequena burguesia e a pequena burguesia tradicional encontram-se traços ideológicos, que mostram entre si pequenas diferenças:

a) O aspecto ideológico anticapitalista:

Na nova pequena burguesia se inclina para ilusões reformistas. A exploração é vivida sob a forma de salário. Existe o medo da proletarianização expressa na resistência de uma transformação rápida da sociedade, devido a insegurança vivida a nível dos salários.

Na pequena burguesia tradicional esse aspecto surge contra a "grande riqueza", as "grandes fortunas", mas há o medo das reformas revolucionárias por prender-se ferozmente à sua propriedade e temer a proletarianização.

b) Acrescentem-se que nestes grupos há maior oportunidade de ascender à burguesia, daí o mito da passarela. Há o desejo frequente de mudanças sem que o sistema mude. Nisso revela uma aspiração à "participação" e na "distribuição" do poder político. Resistem quanto a transformações radicais / do poder.

Para a nova pequena burguesia esse aspecto ideológico é concentrado no aparelho escolar, enquanto que a pequena burguesia tradicional / mantém a esperança de ascender individualmente (tornando-se pequenos empresários).

c) O aspecto ideológico ligado ao fetichismo do poder. Há a crença em um estado neutro, acima das lutas de classe. Esse fato é devido ao seu isolamento como classe intermediária, polarizada entre a burguesia e a / classe operária.

d) A atitude em relação ao estado é determinada na nova pequena burguesia pela consagração pelo estado da divisão trabalho intelectual / trabalho manual, sendo inculcado pelos aparelhos ideológicos de estado a supremacia do trabalho intelectual.

Na pequena burguesia tradicional esta atitude é determinada pe-  
los aparelhos de estado, predominando a familia em relação ao aparelho escolar.

Vemos a sub-prefeitura dominada pela pequena burguesia tradicio-  
nal e sendo combatida por representantes da nova pequena burguesia e sua valo-  
rização do trabalho intelectual. Os próprios elementos do posto, funcionários  
públicos assalariados, são representantes desta nova pequena burguesia.

### "COMUNIDADE"

O conceito de comunidade geralmente utilizado em medicina comu-  
nitária, não é claro. Existem alguns autores que consideram comunidade desde  
que exista um aglomerado de 40 a 80 mil pessoas (Busnello, 1.977 : 18). Não  
levam em consideração as características sócio-culturais ou todas as influên-  
cias reciprocas das instituições. Mesmo que se isole teoricamente aquele nú-  
mero, englobando várias zonas e bairros, consideram-nos como uma comunidade.  
Trata-se de um conceito puramente quantitativo que não pode levar a uma real  
compreensão de todos os fatos sociais que ocorrem em seu interior, embora /  
tenha algum valor operacional.

A abordagem mais comum é como idéia estrutural, considerando  
limites geográficos, autonomia administrativa, habitantes com atividades in-  
ter-relacionadas. Também existem descrições que trazem o conceito de comuni-  
dade como processo, resultante da interação entre os individuos, transceden-  
do os limites geográficos. Esta idéia surgiu a partir da maior mobilidade /  
das pessoas, e a popularização dos meios de comunicação, tornando as comuni-  
dades menos autolimitadas. Nesta perspectiva os individuos inter-agem inten-  
samente desde que portadores de valores comuns. A comunidade pode ser enten-  
dida como um processo, descrevendo o modo como os seres humanos inter-agem.

A conotação de sociedade local também é observada, dessa for-  
ma estariam incluídas todas as formas de associação em que o conflito super-  
ficial foi eliminado. Encontramos ainda a definição de Lindman tirada da en-  
ciclopédia de ciências sociais, que inclui elementos funcionais e estrutu-  
rais, "Qualquer agrupamento de individuos conscientemente organizados, habi-  
tando uma área específica ou localidade, dotada de autonomia politica limi-  
tada, mantendo instituições primárias, como escolas e igrejas, entre as /

quais certo grau de interdependência são reconhecidos";

Em ambos os casos, a comunidade estrutural e a funcional, a ausência da noção de conflito traz como consequência uma falta de previsão de barreiras para um trabalho comunitário de caráter prático, e do qual os atores não podem retirar-se. Se considerarmos que os conflitos encerram em si os primeiros sinais de necessidade de mudança, serão o início das mesmas, essas comunidades seriam estanques e tradicionalistas, não trazendo potencialidades de desenvolvimento.

Outra questão imposta é o próprio objeto da medicina comunitária em um contexto urbano. Seriam as populações periféricas, que nem sempre formam agrupamentos homogêneos que se possa chamar comunidade. Ou seriam as populações de baixa renda e a marginalidade urbana. A primeira impressão é que toda a proposta de medicina comunitária é aplicável com mais justeza em comunidades rurais, sendo o alcance de seus objetivos e sua aplicação em situações urbanas muito controversa, e sujeita a várias críticas. Nessas condições assume um caráter político e econômico, tomando partido nas lutas de classes e na disputa de poderes. Voltamos novamente à noção de conflitos dentro da comunidade, e estes estão agravados pela amplitude e diversidade de interesses encontrados nas cidades, e pela diferente percepção que as populações urbanas têm de sua sociedade e da estrutura de classes.

Ao preconizar a família como unidade de abordagem, oferece meios de atingir a sociedade. Leva a uma visão mais abrangente que a medicina tradicional centrada sobre os indivíduos. Porém a rede social que ambas pressupõem na continuidade da assistência podem levar ao mesmo conhecimento do meio social. Segundo Both, (1.976 - : 109 - 124) "entre a família e o meio social total, situa-se a rede social". Talvez, seja este o caminho a seguir em situações urbanas para conseguir os objetivos da medicina comunitária; um estudo detalhado da rede social na comunidade e sua extensão à sociedade urbana como um todo.

Adotamos em Aparecidinha a perspectiva de Wirth, (1.970 : 52): "os problemas sociais de uma comunidade podem ser considerados como o resultado dos conflitos entre atitudes, valores, personalidades, instituições e grupos econômicos, sociais políticos e culturais. Esses conflitos podem ser

concebidos como índices de mudança social, de crescimento e de desorganização, e podem ser melhor compreendidos se considerados como partes ou sintomas de / uma configuração maior da comunidade, configuração que, sob o ponto de vista / do sociólogo, pode ser analisado em partes ecológicas, econômicas, tecnológicas, culturais e políticas". (Pierson, 1.970 : 123).

Um estudo estrutural como fizemos da comunidade revela sua compo-  
sição social, porém não é suficiente para explicar a dinâmica do bairro e as mu-  
danças a que está sujeito devido a presença do posto ou outros elementos. Tam-  
bém as dificuldades determinadas pelo fato de estarmos atuando em uma zona limi-  
te entre dois municípios e sendo uma zona classificada como sub-urbana pela pre-  
feitura, não aparecem nos levantamentos estatísticos. Aparecida pela isola-  
mento da cidade e contendo em sua população grande contingente de migrantes de  
zona rural, é uma região onde a visão de mundo do homem urbano e do homem do cam-  
po estão mescladas.

A aceitação e os problemas surgidos com o posto dentro da comuni-  
dade são melhor apreciados quando visto por esse prisma. Por tratar-se de uma zo-  
na de transição, ao homem do campo significa uma melhora de vida e a conquista /  
de direitos que antes não possuía. Ao homem da cidade acostumado com a assistên-  
cia médica moderna, o posto provavelmente será visto como uma comodidade a mais,  
não necessitando deslocar-se para obter a orientação médica que deseja.

Essas características de Aparecida somadas ao rápido desenvol-  
vimento da região, com vários loteamentos sendo registrados e construções sendo  
erguidas para residência e comércio, fazem com que toda estrutura social da re-  
gião sofra mudanças rápidas e imprevisíveis.

O conjunto de dados fornecidos, desde a situação política até as  
condições das famílias, mostram Aparecida como uma região necessitada de vá-  
rias melhorias. O posto que se projetou para a região, talvez, tenha sido uma /  
das mais urgentes podendo cooperar para o progresso do local. Dos enfoques teó-  
ricos resumidos no início, a visão estrutural, levando em conta o processo so-  
cial da comunidade pode servir para futuros planos de desenvolvimento.

O posto foi implantado, com pouco conhecimento da comunidade por  
parte da equipe. As dificuldades, a sobrevivência e a atuação do posto na loca-  
lidade fazem parte de um processo que foi desencadeado e tornou-se irreversível.

#### IV) Capítulo Terceiro: O posto e a localidade

##### 1) Problemas que antecedem à implantação do posto

Em Nova Aparecida existia desde o início de 1.964 um ambulatório que funcionou inicialmente no prédio da sociedade amigos de bairro. O médico que então atendia, o fazia uma vez por semana. Dois anos após a prefeitura alugou outro prédio à rua 16 nº 147 pra onde foram transferidos a / sub-prefeitura e o posto médico. Na gestão do prefeito Orestes Quércia o posto médico passou a contar com um enfermeiro diariamente no período da tarde. O enfermeiro, veio transferido do pronto socorro e ainda participa do atual centro médico social. Com o aumento do movimento outro enfermeiro veio para Nova Aparecida trabalhando no período da manhã. Quanto ao médico passou a / vir duas vezes por semana, atendendo as pessoas que estivessem no local a hora de sua chegada. Eram atendidas por mes cerca de 30-60 pessoas.

Na administração do Sr. Lauro Péricles, o sub-prefeito empenhou-se para que fosse ampliado o serviço médico. No final do mandato desse prefeito, haviam sido alugados dois conjuntos de casas para que fossem / instalados um centro comunitário e a sub-prefeitura. Junto à prefeitura o maior empenho era feito pelo coordenador dos ambulatórios visando mobiliar e equipar o novo conjunto para melhoria e ampliação dos serviços. Segun- do seu depoimento era sua intenção inicial instalar em Nova Aparecida não / só um ambulatório médico, mas também um consultório odontológico e uma escola profissional voltada para a comunidade. Esta escola, por exemplo, ensinaria arte culinária porém voltada para o trivial e fornecendo refeições para as indústrias locais. Também estava planejada uma escola para tipó- / grafos que poderia imprimir os impressos para as indústrias locais. Contatos já haviam sido feitos com os empresários para que abservessem a produção destas escolas. Quanto a parte médica, pretendia que fosse um centro materno-in- fantil. Pretendia atender pessoalmente as consultas, se o próximo secretário o dispensasse das funções de coordenador dos ambulatórios

O sub-prefeito, participava dessas idéias porém estava mais entusiasmado com a idéia de centro comunitário, "como o da Irmã Rita".

(centro comunitário de São Judas), e a possibilidade de montar uma escola para alfabetização de adultos. A comunidade não participava dessas idéias, / exceto o círculo de relações do sub-prefeito.

Após a posse do Sr. Francisco Amaral e da nomeação do Dr. Sebastião de Moraes para secretário da saúde, o coordenador dos ambulatórios foi mantido. Este convidou o autor desta dissertação para cooperar com seu plano para Aparecidinha. O projeto foi elaborado e a seguir apresentado ao secretário da saúde, como Projeto Piloto para saúde materno-infantil, baseando-se nos princípios da medicina comunitária. O projeto piloto para esse posto de Nova Aparecida foi o primeiro a ser aceito pelo secretário e tomado com direção inicial, conforme publicação no Diário do Povo de 8 e 9 de março de / 1.977. Em suma constava de:

"Secretaria Municipal de Saúde divulgou ontem seu Plano Piloto

O plano piloto divulgado ontem pela secretaria, divide o trabalho a ser executado em cinco setores específicos:

- 1) Atenção materno-infantil que terá como fim promover a saúde materno-infantil. Dentro de seu campo está a atenção às gestantes, através de assistência pré-natal, orientação pré-nupcial e planejamento familiar; orientação e preparo para o parto, e acompanhamento do recém nascido e infantes até a idade escolar. Sua finalidade é essencialmente preventiva e educativa. Quanto aos cuidados de puericultura, atenção especial deve ser dada aos parâmetros do crescimento e desenvolvimento.
- 2) Saúde escolar: sua atenção volta-se para as crianças em idade escolar, / frequentadoras ou matriculadas na escola local. Considera-se que os escolares podem contribuir para proteção da saúde da coletividade desde que orientadas por meio de adequada orientação sanitária. A proteção das / crianças nessa faixa etária será feita através de programa de exames clínicos periódicos.
- 3) Imunizações: de acordo com as necessidades da comunidade poderão ser levadas a efeito campanhas de imunização em massa. Porém, deverá ser mantido um esquema de imunização contra moléstias transmissíveis epidêmicas e endêmicas.
- 4) Controle de doenças transmissíveis: serão feitos esforços para que haja

o reconhecimento pela comunidade de doenças que tenham agente infeccioso definido e que se origina de um reservatório para um hospedeiro susceptível diretamente, ou através de um animal ou um vegetal.

5) Educação Sanitária: visará conscientizar a comunidade de seus próprios problemas, propor e procurar as soluções para eles. Através da próxima comunidade, procurará atingir os interessados em tres ambientes distintos: família, escola e no próprio posto de saúde.

#### Diagnóstico da Situação

Antes de ser iniciada a atividade do posto de Nova Aparecida, / será feita uma enquete "para obter-se uma idéia precisa das necessidades e expectativa da comunidade. Dessa forma os recursos serão canalizados para o setor de maior necessidade. Outras vantagens segundo o plano piloto seriam o / planejamento do trabalho a ser realizado, evitando mal entendidos com os conseqüentes desvios de esforços. A viabilidade da realização desse levantamento / está prevista para trinta dias, devido a ser local pequeno e possuir limites bem definidos". Conforme o plano piloto, sendo aceita a realização do levantamento, deverá ser confeccionada uma ficha-formulário com os dados epidemiológicos ambientais e referentes o crescimento e desenvolvimento. A aplicação do formulário deverá ser feita por assistentes sociais ou sociólogos ou enfermeiras sanitárias, pessoas qualificadas para tal tipo de enquete. Para esse trabalho foi dado um prazo de 30 dias.

#### Objetivos e Metas

Dentro das áreas específicas em que o atendimento será dividido, cada qual conta com seus objetivos e metas específicas. Para a atenção materno-infantil, a assistência pré-natal o risco obstétrico (com encaminhamento ao hospital que dará a cobertura ao posto), o fomento à boa nutrição das gestantes visando o futuro recém nascido, foram os objetivos traçados. A realização de programas de educação alimentar de acordo com os recursos financeiros de cada gestante detectando precocemente sinais de sub ou má nutrição, também foi considerada importante. Na saúde infantil a prevenção de infecções após o nascimento e na primeira infância, devido a alta incidência, foi o primeiro objetivo traçado. Um programa de orientação alimentar deverá ser realizado para criança, que correrá paralelo ou da mãe, até a idade pré-escolar.

Os coeficientes de mortalidade neo-natal deverão ser estabelecidas bem como os de mortalidade infantil da comunidade. Isto servirá de base para futuros planejamentos.

Na saúde escolar a educação sanitária será um dos pontos básicos. O programa poderá ser desenvolvido dentro do período de aulas, desde que a direção do grupo escolar o permita. Outro ponto básico é o da alimentação escolar que enfatiza a necessidade da dieta equilibrada e desde que possível / planejar e orientar a merenda escolar. Testes oculares e auditivos serão / feitos nas crianças que iniciam o período escolar.

Na área de imunizações o posto de saúde deverá ter um estoque constante de vacinas para situações de emergência e vacinações programadas. Será realizada vacinação rotineira nos primeiros anos de vida e primeira infância. Um esquema de vacinação deve ser adotado e seguido dando especial atenção à vacinação contra poliomelite, tuberculose, tétano difteria e variola. Para o controle de doenças transmissíveis, o plano piloto prevê uma ênfase na prevenção primária dessas doenças desenvolvendo um programa para orientação quanto ao produto de nutrição, condições de moradia e higiene pessoal. O saneamento ambiental deverá constituir ponto saliente na ação comunitária, visando identificar setores de possíveis moléstias. Às moléstias sexualmente transmissíveis será dada atenção especialmente se houver um grande número de adolescente na comunidade. Quanto a educação sanitária o plano prevê que o posto deverá instruir a comunidade sobre os níveis de prevenção das várias moléstias dando ênfase à promoção e proteção da saúde. A programação de educação sanitária estará diretamente ligada com os dados obtidos do levantamento, pois levará em / conta os problemas e condições demográficas da população.

#### Horário de funcionamento:

O posto deverá permanecer aberto ao público 6 horas por dia. Os elementos especializados terão seu turno reduzido mas sempre haverá um elemento qualificado no local. O posto espera atender dentro dessa nova orientação / uma média de 300 pessoas por mes, com um pessoal constando de dois médicos, / uma enfermeira, uma assistente social ou sociólogo, uma atendente e uma servente. Esta prevista para 6 meses após o início do funcionamento do posto de Nova Aparecida uma avaliação geral."

Algumas das propostas eram de difícil realização, ex: o levanta-

mento, pois a secretária não contava com pessoal experiente nesse campo, embora o secretário se cercasse de psicólogos, assistentes sociais, estudantes de sociologia e médicos interessados nos aspectos sociais da medicina. Foi então / contratado o serviço de uma empresa para ministrar um curso de "fundamentos e técnicas para sondagem social" com vistas à elaboração de projetos na área de saúde . O curso visava "desenvolver entre os participantes a compreensão da / relação necessária entre elaboração de um projeto e o diagnóstico objetivo da área a qual, em princípio, ele se destina". (Diário do Povo - 17/4/1.977). O levantamento foi realizado porém com uma amostragem de aproximadamente 10 pessoas, não refletindo a realidade do local, embora orientasse o início de funcionamento do posto.

Sua finalidade foi servir de relatório e treinamento prático / para o curso. As demais fases do projeto seriam testadas ao início das atividades do posto. Como resultado do curso, Aparecidinha foi apontada como imprópria para implantação de um projeto com as características de plano piloto. As duas razões principais eram a presença de uma população móvel, constituída por boias-fria, o alto índice de analfabetismo e a dispersão da população. O índice de analfabetismo no relatório do curso era de 80%, o que posteriormente não foi confirmado. Simultaneamente ao projeto de Nova Aparecida, foi apresentado o projeto do posto do Jardim Conceição, o qual foi chamado de plano / de medicina comunitária. O coordenador desse projeto, possuía muita vivência dos bairros periféricos, pois participara ativamente na campanha eleitoral / do atual prefeito e mantinha por iniciativa própria alguns postos de atendimento médico. Também ele via Nova Aparecida como um local impróprio para a instalação de um posto, propondo a definição de uma nova área para implantação do projeto materno-infantil.

O secretário da saúde conhecia bem os problemas sócio-econômicos e de saúde de Aparecidinha pois trabalhara de 1.957 à 1.970 no ambulatório médico da Wabco, uma das indústrias locais. Sua rede de relações no local era extensa. Este provavelmente tenha sido um dos motivos pelos quais o projeto foi mantido, e o local de sua aplicação não modificado. A par disso, o compromisso do coordenador dos ambulatórios e com o sub-prefeito, a monta-

gem do posto em fase final com as casas já alugadas, e o sentimentalismo de todos em relação a zona de Aparecidinha, conhecida na cidade como extremamente pobre. Dessa forma, apesar dos maus prognósticos, não foram alterados os planos iniciais.

Da população em si, não sabemos de qualquer manifestação pró ou contra a inovação que se pretendia fazer no ambulatório.

## 2) O Espaço Físico e a Organização

Para a instalação do posto foi alugado um conjunto de casas recém construídas. O conjunto consta de quatro casas isoladas que seriam separadas por um muro, ficando duas grandes na frente e duas menores na parte dos fundos. O muro não foi construído e o quintal da casa, contribuiu para a formação de um pátio interno de mais de 20 ms<sup>2</sup>. Esse pátio serve para estacionamento. No centro foi colocada uma grande floreira com um holofote. A entrada do pátio um portão comum às duas casas maiores. As casas grandes, localizadas na frente consta de uma pequena garagem, tipo abrigo que da entrada para uma sala de mais de 3 ms<sup>2</sup>. daí um corredor de acesso aos dois quartos, a um banheiro no final ao lado da cozinha. Esta comunica-se com o pátio por uma pequena varanda, aí está o tanque. Uma dessas casas ficou para a sub-prefeitura. As casas pequenas, possuem uma pequena varanda de entrada que dá / acesso a um pequeno corredor de onde saem um quarto para os fundos e uma sala de 2,5ms<sup>2</sup>. para a frente, ao fundo uma cozinha, um tanque.

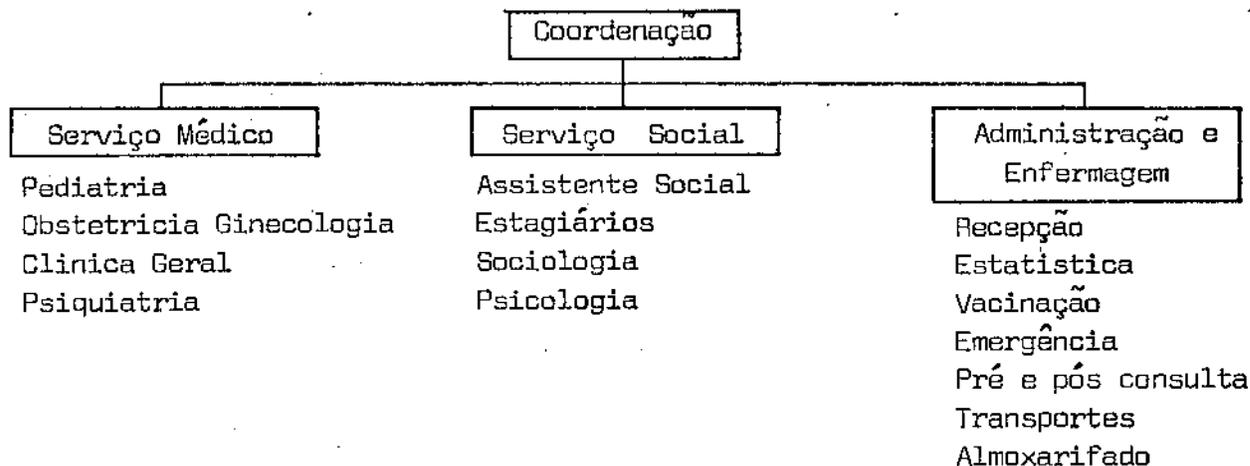
O desenho abaixo ilustra esta distribuição e mostra o destino dado a cada casa e a cada cômodo. (Planta do posto - pg. 69-b ).

O organograma foi imposto pelo funcionamento e por uma lógica interna ao serviço. Havia uma divisão do trabalho imposto pela aptidão dos elementos da equipe. Procurou-se fugir à filosofia de cada um (deveria) exercer todas as funções dentro do posto. Após a extinção formal da coordenação, cada setor passou a ser orientado pelo seu próprio responsável. A coordenação persistiu mais em termos de relações de antiguidade e experiência.

A coordenação do posto estava subordinada ao coordenador dos ambulatórios e este ao diretor de saúde da secretaria. Este último cargo ligava-se diretamente ao secretário de saúde.

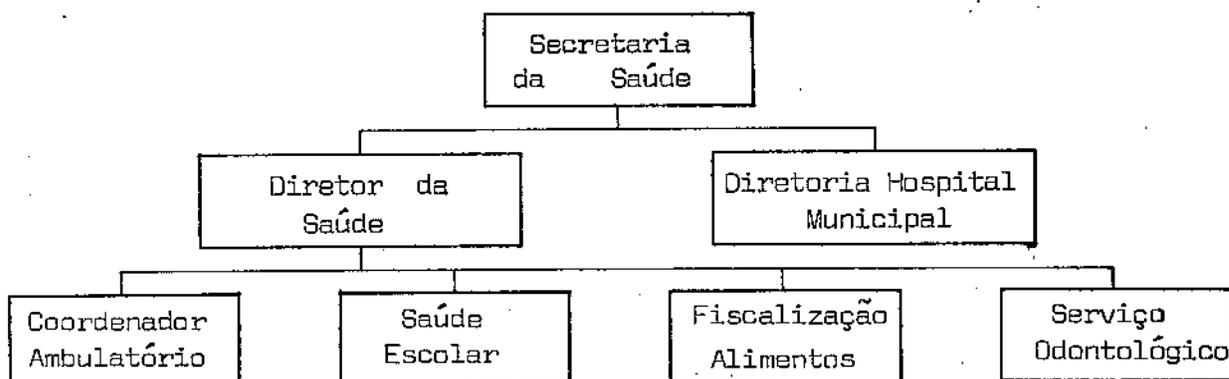
A distribuição do serviço era bastante simples, conforme podemos ver no quadro abaixo:

Organograma inicial do posto de Aparecidinha



Organograma da Secretaria da Saúde em março de 1.977

Desconhecemos um organograma desta fase da secretaria de saúde, porém, podemos hierarquizar as funções da seguinte forma:



Esta situação foi posteriormente reorganizada por uma crescente complexidade burocrática. Os serviços oferecidos pelo posto foram os mesmos delineados no plano piloto.

RÊDE SOCIAL EM AÇÃO - FORMA-SE A EQUIPE

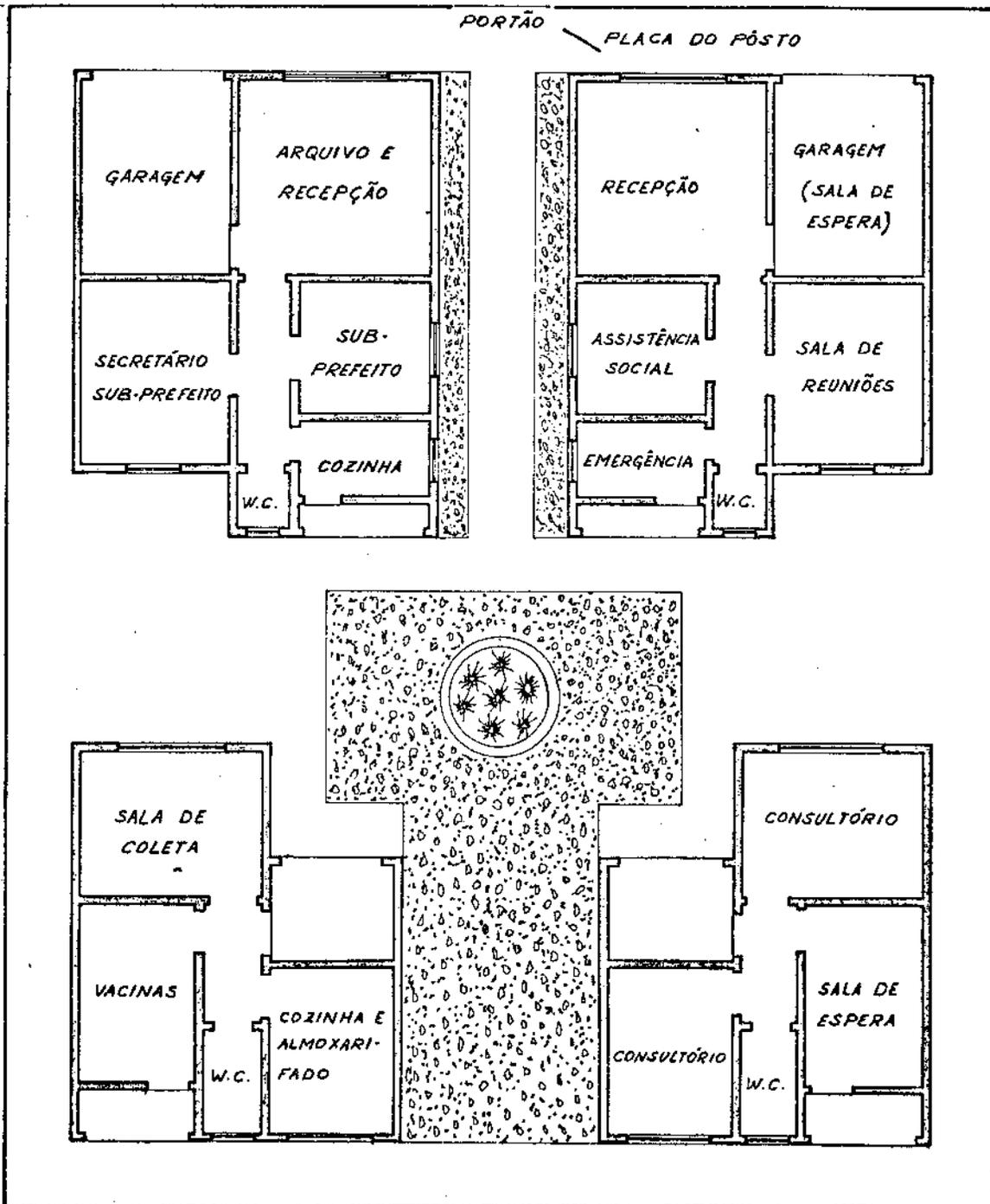
A equipe do posto foi constituída por elementos diversos, recrutados pelos mais diferentes motivos e com idéias diversas. Não houve um critério rigoroso que fizesse com que este ou aquele elemento fosse convidado.

O elemento tido como coordenador do posto foi quem escreveu o projeto e o apresentou ao secretário da saúde. Seu acesso à secretaria foi realizado através do coordenador de ambulatórios que o conhecia há vários anos, pois pertenceram a mesma turma na faculdade de medicina e ambos eram ginecologistas. Houve um encontro ocasional e uma conversa informal sobre o problema materno-infantil, porém houve surpresa e espanto quando o convite foi formulado. O plano dificilmente seria rejeitado, pois já existira uma conversa prévia com o secretário da saúde e uma visita à Aparecidinha.

PLANTA DO PÔSTO DE NOVA APARECIDA, AO INICIAR SUAS ATIVIDADES.

RUA

ÁREA DA SUB-PREFEITURA



Ao ser salientada a necessidade de um pediatra e uma assistente social, o segundo nome foi segerido. Coube ao coordenador convidar a pediatra, que trabalhava em um posto do estado. O convite foi feito, o plano analisado, e a seguir aceito o convite. Foram feitas as apresentações ao secretário de saúde que já a conhecia de nome. A assistente social quase que por acaso foi apresentada. Trabalhara na gestão anterior no gabinete do prefeito. Constituindo o novo gabinete fora transferida para um dos postos tradicionais, mantido pelo serviço de promoção social. Não adaptou-se ao serviço sendo encaminhada à secretaria de saúde. O coordenador do futuro posto e o coordenador dos ambulatórios mantiveram contato e a aceitaram para exercer as funções de assistente social no posto.

Estes três elementos foram os primeiros a serem definidos para o posto, tendo absorvido o ideário da medicina comunitária. Seus interesses eram semelhantes encarando a formação e montagem do posto como um desafio e uma forma de participar em um projeto inovador e de grande alcance social. Além disso o conhecimento das condições de Aparecidinha e a oportunidade de realização profissional. Ademais a assistente social não quis integrar a equipe do Jardim Conceição por questão de não esposar os mesmos ideais do coordenador.

Durante o curso de reconhecimento uma das participantes, seria contratada pela secretaria. Ao ser apresentada aos três elementos, foi aceita e tida como um elemento extremamente útil. Seu papel no posto seria então de agente administrativo, ficou encarregada de toda parte de consultas, almoxarifado e controle de pessoal. Essa pessoa mostrou interesse pelo projeto de Aparecidinha e a chance de ser contratada traria novo estímulo a sua vida pessoal. Trabalhara fora de casa antes, porém no momento não o fazia; essa mudança seria benéfica tanto do ponto de vista social quanto financeiro. Seu acesso à prefeitura dera-se através da assistente social, assessora direta do secretário de saúde, e com a qual mantinha relações de amizade.

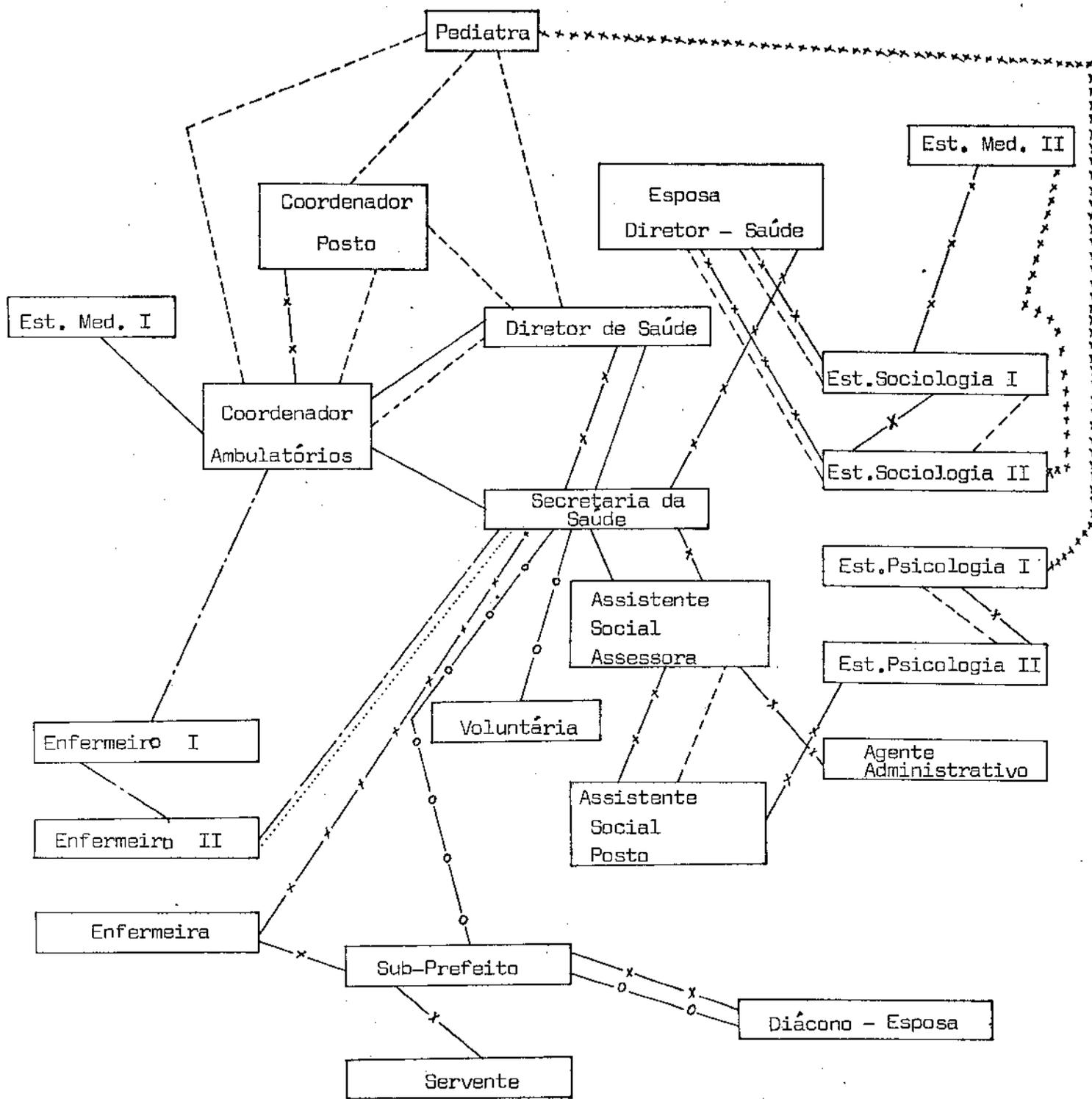
Ainda durante o curso, duas estudantes de sociologia foram indicadas para atuarem como estagiárias no posto e auxiliar o serviço social, e os trabalhos de promoção social que se pretendia realizar. Esperavam ganhar experiência em trabalho de campo ao atuar na equipe. Logo ressentiram-se da falta de uma base teórica que orientasse seu trabalho.

O pessoal destinado a enfermagem foi rapidamente formado. Os dois enfermeiros que trabalhavam no posto antigo, foram mantidos e apresentados ao resto da equipe. Uma atendente de enfermagem, com 20 anos de experiência em hospitais, foi contratada e atuaria como enfermeira. Seu relacionamento com o sub-prefeito e com o secretário de saúde era antigo, porém, a via de contratação foi o sub-prefeito. Residia desde o ano de 1.946 em Aparecidinha. Outro elemento foi contratado, como auxiliar de campo, porém sua função seria também como servente. Sua família é de antigos moradores locais, sendo intimamente relacionados com o sub-prefeito.

O salário e o vínculo com um serviço público foram os principais atrativos. Dois alunos de medicina, foram contratados como estagiários. Um logo de início e outro dois meses após o início das atividades. Demonstravam interesse pela medicina preventiva. Um dos estagiários ligava-se ao coordenador dos ambulatórios, por atuarem no mesmo hospital; o outro, irmão de / uma das estudantes de sociologia, estudava em Minas Gerais, vindo ao posto fins e início de semana. Esta foi a equipe inicial do posto que efetuou os primeiros contatos com a população. Outros elementos vieram unir-se à equipe durante o ano. Uma estagiária voluntária de enfermagem, que concluiu / um curso teórico de atendente, propunha-se a aprender e praticar no serviço. Foi, após seis meses, contratada pela secretaria, devido a sua dedicação e bom desempenho das funções que lhe foram atribuídas. Substituiu um dos enfermeiros que fora transferido.

Após algum tempo mais duas voluntárias, estudantes de psicologia, uniram-se ao grupo. Também foram contratadas no início do ano de / 1.978. Uma delas é irmã da pediatra do posto, a outra reside no mesmo apartamento que a assistente social. O interesse dessas estagiárias voltava-se / para o grupo escolar e a orientação e estudo do aproveitamento dos alunos. Com o passar do tempo sentiu-se necessidade de uma pessoa para auxiliar na administração. Após uma reunião com a população, apresentou-se como voluntária a esposa do Diácono, que foi aceita e posteriormente contratada.

Esta equipe, atuou no posto entre 1.977 e 1978 sendo a protagonista dos acontecimentos que iremos descrever e comentar. O pessoal / faz parte de uma rede social que podemos distribuir conforme a figura.



- Relações de amizade -----x-----x-----
- Compadrio.....
- Parentescoxxxxxxxxxxxxxxxx
- Colegas de hospital-----
- Colegas de faculdade-----
- Trabalho no mesmo local anteriormente-----
- Relação formas devido ao cargo-----o-----o-----o-----

A interrelação entre todos e a penetração na rede, leva de certa forma, ao secretário de saúde ou pessoas de sua relação, exceto no caso da voluntária. Predominam as relações de amizade e pertencimento a mesma faculdade. Sendo esta a forma mais comum de acesso ao secretário de saúde e a contratação para o serviço. Nas relações entre médicos predominam o relacionamento de coleguismo através da faculdade. Entre os enfermeiros o fato de terem trabalhado no mesmo local de outros que se relacionam diretamente ao secretário. As relações de amizade é a mais comum no lado da assistente social e esposa do diretor, também estudante de sociologia.

Primeiros contatos com a população - A equipe começa a trabalhar:

Como preparo das populações a serem atingidas, a secretaria de saúde organizou um grupo de pessoas que representava ou dramatizava situações do dia a dia das zonas periféricas, aproveitando peças teatrais e adaptando / os problemas que desejava enfocar. Em Nova Aparecida foi convocada uma reunião com a população para ser apresentada a equipe do posto e o programa que seria seguido. A idéia era fazer uma reunião informal, porém foi montada uma mesa com a presença de várias autoridades e líderes locais; o povo, aproximadamente 50 pessoas, assistiu sentado a exposição e a peça encenada. Da mesa / participaram o deputado Adauto Ribeiro, o Secretário de Saúde, o coordenador dos ambulatórios, o futuro coordenador do posto, a Irmã Rita e o Sr. Paulo / Salles. Cartazes foram levados da secretaria, dando cifras de condições de saúde, mortalidade infantil, vacinações, etc. Foram pregado nas paredes ou / suspensos por elementos da secretaria. O plano foi exposto pelo secretário, respondidas as perguntas dos presentes e dos mesários. O secretário conhecia várias pessoas pelo nome, mostrando até certa intimidade com algumas delas. A reunião deixava a impressão de ser uma solenidade local pelo aspecto e atenção dos presentes; de qualquer forma foi bastante formal, ao inverso do que se pretendia.

Ao final da exposição foi levada a peça sob o fundo musical de um cantor amador, que cantava "que será, será", acompanhando-se ao violão. A peça referia-se a uma prostituta que levava um médico, amigo seu, para ver / seu irmão que apresentava uma perna gangrenada. Ao seu lado uma irmã retardada mental e a mãe a reprovar sua conduta.

Aparecia o patrão que começava a discutir com o médico sobre cavalos, esquecendo-se ambos do doente. A intenção era criticar o médico, chamado "tradi / cional"; sua insensibilidade aos problemas sociais e sua impotência frente / aquela enfermidade. A peça terminava com um palavrão, em que o médico decla- rava "Putá que o pariu, à medicina". O uso de palavras de baixo calão visava causar maior impacto, poi o papel de médico era representado por um médico / real, que viria a ser diretor de saúde. Ao final pediu-se "ao povo" para / analisar a peça. A primeira a opinar foi a filha do sub-prefeito, por solici- tação direta do Dr. Sebastião de Moraes. Os demais presentes também opinaram demonstrando, terem captado a mensagem. No dizer do secretário de saúde: "Desenvolvemos portanto, intenso esforço no sentido da participação comunitá- ria, procurando aperfeiçoar uma metodologia própria de trabalho. Saimos a / campo por todos os bairros de Campinas e começamos a discutir com a população seus problemas, usando para motivá-la dramatização de fatos reais, retirados de notícias de jornais da cidade, que a despertassem para a problemática da saúde. Nossos objetivos eram propiciar uma visão crítica da medicina tradi / cional, desmistificar a figura distanciada do médico e estimular a partici- pação da população em nossos programas de saúde. A participação era intensa, despertando grande interesse".(\*) . O "povo" presente à reunião mostrou ser / mais tarde o que chamamos a "elite de Aparecidinha", e os que menos iriam / utilizar-se dos serviços do posto na sua fase inicial. A demanda de usuários inicialmente era pequena, aproximadamente 5 a 6 pessoas ao dia. O povo em sua maior proporção ignorava a presença do posto. Como tática foi adotada a orientação de ir ao encontro da comunidade. Foi escolhido o programa de saú- de escolar; toda a equipe deslocou-se para o grupo escolar examinando aí as crianças, ao mesmo tempo eram chamados os seus responsáveis que eram entre- vistados pela assistente social e duas estudantes de sociologia, com um ro- teiro pré-estabelecido. Após os primeiros contatos no grupo escolar a deman- da ao posto aumentou em 70% do inicial, estávamos há uma semana da abertura efetiva no posto.

---

(\*) Relato da Implantação do Programa de Saúde Comunitária em Campinas. Apresentando ao Iº Encontro Municipal do Setor Saúde, realizado em Campinas, no ano de 1.978.

O médico que até então atendia o antigo ambulatório, surpreendeu-se ao receber 10 consultas de uma vez, irritando-se com as pessoas envolvidas. Esta situação persistiu até que foi afastado. A assistente social do grupo também foi solicitada para resolver inúmeros problemas de pessoas que não tinham onde morar, necessitavam de alimentação, etc, todos por solicitação de elementos da sub-prefeitura.

#### Ação Social do posto - Medicina simplificada e participação comunitária

A medicina comunitária propõe-se a baratear o custo da assistência médica. Para tanto utiliza-se de um sistema de medicina simplificada. Este termo gera muitas dúvidas quanto a sua aplicação e significado. Para um dos médicos da rede de postos de Campinas "não podemos cair na tal medicina simplificada", dando a conotação de assistência médica rápida, baseada em tratamento sintomático e conseqüentemente uma medicina de baixa qualidade. Em geral vemos a idéia de uma medicina não sofisticada exercida sem o auxílio de instrumental caro e desnecessário para a atenção primária. Esta é a conotação mais comum observada na secretaria de saúde de Campinas.

Apesar da presença de médicos especialistas e de auxiliares de saúde qualificados no posto, o custo não foi elevado. Proporcionou-se serviços considerados, na secretaria de saúde, de boa qualidade, exigindo menos pessoal devido a longa prática em enfermagem, que três desses auxiliares possuíam. Um deles trabalhara cinco anos no pronto socorro municipal dando atendimento e assistindo o trabalho dos clínicos. Participava no atendimento às urgências, por vezes, sozinho. As funções lhe eram delegadas em caráter extra oficial. Ao poder atender e triar os pacientes oficialmente, desenvolveu-se, executando essas tarefas com pericia. Os outros dois trabalhavam em hospitais, embora não em funções delegadas. Sua adaptação foi de fácil realização e o nível de atendimento e orientação oferecidos por eles a população é considerada de ótima qualidade. Esses juízos de valores representam as opiniões de elementos ligados à secretaria de saúde. Também nesses casos não estávamos rigorosamente nos canones da medicina comunitária, que sugere trabalho com auxiliares treinados especialmente para estas funções. Uma das vantagens seria baratear o custo da atenção.

Em suma, a medida que trabalhamos com pessoal mais qualificado, o custo pode ser mais elevado e a população não reconhece-las como parte de sua comunidade.

Procuramos avaliar os custos relativos ao ano de 1.977 no posto de Aparecidinha. Utilizamos os dados enviados para a divisão de estatísticas sociais do IBGE, e o relatório do secretário municipal ao 1º Encontro Municipal do Setor Saúde.

Gastos com salários referentes a 8 meses de 1.977	
Salário pessoal serviço médico	342.852,48
Salário administrativo	41.264,64
Encargos sociais	39.605,04
Outras despesas com pessoal próprio	110.947,20
total no ano	R\$ 534.669,36

Salários - medias e mensais em 1.977	
Salário pessoal serviço médico	42.856,00
Salário pessoal administrativo	5.158,00
Encargos Sociais	4.950,00
Outras despesas com pessoal próprio	13.868,00
total médio	R\$ 66.833,00

Ao final de 1.977, tínhamos o seguinte pessoal	
médicos	4
enfermeiros	5
assistente social	1
psicólogos- estagiários	2
técnico administrativo	1
total	13

Número de paciente atendidos em 1.977	
menores de 1 ano	524
1 - 4 anos	381
5 - 14 anos	664
15 - 19 anos	1.045
Gest. puerperas	136
total	2.750

Em março de 1.978, no Iº encontro municipal de saúde foram /  
apresentados os seguintes dados. Trata-se de um mes em que o posto estava com  
sua posição consolidada na comunidade.

Março - Aparecidinha - Total de atendimentos

<u>Consultas médicas</u>	<u>Atend. enfermagem</u>	<u>Vacinas</u>	<u>Outros</u>	<u>Total</u>
601	1.097	294	26	2.018

Utilizamos estes dados para efeitos de cálculos, por considerarmos dentro da medida correta.

O levantamento das despesas com limpeza, material permanente, e material de consumo, fornece os dados abaixo, não considerando os moveis / usados para atendimento.

Despesas Gerais - 1.977		
Discriminação	8 meses	média mensal
Impressos e rouparia	2.676,00	382,00
Material escritório	579,00	82,00
Medicamentos e mat.consumo	4.186,00	598,00
Material de limpeza	366,20	52,00
<b>totais</b>	<b>C\$7.808,10</b>	<b>C\$ 1.114,00</b>

Para calcular o custo da consulta, fizemos o quociente, gasto com médicos - número médio de consultas.

$$\text{custo da consulta} - \text{C\$ } 42.856,00 \div 601 = \text{C\$ } 71,30$$

Utilizamos o número de consultas em março, por ser o único disponível. Para saber o custo do atendimento em geral, usamos o quociente - gasto médio mensal - número de atendimentos.

$$\text{custo atendimento geral} - \text{C\$ } 67.947 \div 2.750 = 24,70$$

Para calcular os gastos, somamos as despesas totais como abaixo especificadas:

Gastos Mensais -	1.977
Despesa com material	1.114,00
Despesa com pessoal	66.833,00
Gasto médio mensal - total-Cr\$	67.947,00

Podemos acrescentar os gastos da secretaria de estado com gestal e vacinas, assim discriminadas:

Despesas da secretaria saúde estado	
leite fornecido	3.530,00
gestal utilizado	3.057,00
remédios fornecidos	3.741,00
total Cr\$	10.328,52

Obtemos um gasto médio do posto - : 1.977

gastos da prefeitura	67.947,00
gastos da sec. estado	10.328,00
total Cr\$	78.275,00

Dividindo o total global de despesas pelo total de atendimentos , incluindo vacinas, consultas médicas, atendimento de enfermagem, obtivemos custo atendimento global -  $78.275,00 \div 2.750 = 28,50$

Resumindo temos -

Custo da consulta médica	71,30
Custo do atendimento global	28,50
Custo do atendimento excluidos Gestal e o leite	24,70
Gasto total do posto	Cr\$78.275,00

Não consideramos os gastos com móveis, devido a desvalorização progressiva, que não temos base para cálculo, embora seja orçada em 10% ao ano. O gasto com aluguel também não foi considerado, por supor que todo posto deva ser montado em prédio próprio da prefeitura. Considerando o aluguel do prédio (Cr\$ 5.250,00) o custo das consultas e das despesas se elevam para:

Custo da consulta médica	71,30
Custo do atendimento global	30,40
Custo do atendimento sem doar	
Gestã e leite	26,60
Gasto total do posto	Cr\$ 83,526,00

Comparando com a medicina tradicional, em que cada profissional cobra em média de Cr\$ 500,00 por consulta, temos uma grande diferença de / preço. Os custos na mesma época, para o INPS, de uma consulta girava em torno de Cr\$ 70,40. Porém a medicina de grupo na mesma época pagava de Cr\$ 7,00 por consulta (cálculo de um médico demissionário de uma empresa, ao ter consciência do preço de seu trabalho). Analisando a diferença de custo por consulta e no atendimento geral, concluímos que os verdadeiros responsáveis pelo baixo custo são os auxiliares de saúde. O custo da consulta médica não varia de um serviço mantido com especialistas, embora não sofisticado, e a medicina comunitária. Na rede de postos da prefeitura o posto de Aparecidinha é considerado um dos que trabalham dentro do espírito de medicina comunitária, oferecendo bons serviços à população e um dos que possuem melhor ambiente físico para o trabalho. Outros postos menores com menor número de médicos e em instalações mais modestas, possivelmente apresentem gastos menores.

Devido ao tipo de população, e seus antecedentes de não cooperação com pesquisas, fomos para a região sabendo que dificilmente conseguiríamos uma participação comunitária ativa e consciente. Essa participação muitas vezes referida, em alguns casos restringi-se a reuniões com pequenos grupos / no interior dos postos. Não há uma participação "in totum" da comunidade e da equipe, culminando em serviços paternalísticos. Em nosso caso, não foi possível organizar um "conselho representativo" no posto, ou atrair elementos que

pudessem participar nas tomadas de decisões que afetariam diretamente a população. As decisões, tais como de doar leite às crianças, marcar consultas, etc., partiram da equipe. Podíamos contar com o sub-prefeito, ou o Diacono local, porém, frases como "esses pobres só sabem pedir as coisas" por parte do sub-prefeito, acentuavam mais a crença em uma liderança somente do ponto de vista político. Essa forma de encarar a população estava bem próxima da visão dos pequenos burgueses locais. Também o domínio das entidades como sociedade amigos de bairro e conselho paroquial pelos familiares ou amigos íntimos do sub-prefeito, nos levaram a não formar esta representação com esses elementos. A população mais carente, que frequentava o posto, não estava suficientemente motivada para tais representações, por não terem uma visão das reais possibilidades do posto. Ilustramos esta afirmação por um fato ocorrido em uma reunião com a população. Ao discutir o problema do leite em pó, um dos homens, solicitou e insistiu que "o leite fosse dado também aos adultos". Por aqueles dias faltara leite no mercado local.

As reuniões realizadas com a população tinham mais o caráter de comunicações, que discussão para resolver alguma dúvida ou mudar uma diretriz pré-traçada. Participaram em média 30 a 40 pessoas e geralmente as mesmas pessoas. Como exemplo temos a consulta feita para saber se deveríamos dar leite em pó às crianças. Já obtiveramos autorização do estado e o leite praticamente já estava estocado no posto.

Consideramos verdadeira participação comunitária o episódio da escola de São Martins. As crianças desse bairro foram impedidas de frequentar a escola de Matão, pertencente ao município de Sumaré. A população mobilizou-se espontaneamente, procurando auxílio através do posto, escola estadual e sub-prefeitura. O colégio de Nova Aparecida apresentava a dificuldade de as crianças terem de atravessar a pista da Anhanguera, expondo-se a grande perigo. Várias reuniões foram realizadas, o posto e as assistentes sociais também participaram. Foi enviada uma lista com assinaturas e relação das crianças à secretaria de ensino para que se criasse em São Martins uma escola. Prometida a autorização pela delegacia estadual de ensino, através de um estagiário do posto, os próprios pais de alunos construíram em 48 horas um barracão, no terreno doado para o centro comunitário. Para a construção, a secretaria de /

saúde doou material, a sub-prefeitura perfurou o poço, também a Minasa doou / material. Após a construção, o prédio foi vistoriado e autorizado o funcionamento. Com isto a escola de Nova Aparecida foi beneficiada pois com o novo / número de alunos e classes, o diretor teve direito a um assistente.

Outro episódio, que sugere participação efetiva da comunidade, foi quando levantou-se o problema da mudança do posto para outro local. Correu o boato de que o posto seria fechado. O comparecimento à reunião com a população não foi grande, porém pela primeira vez todos participaram espontaneamente. O sub-prefeito foi dos primeiros à manifestar-se afirmando que o "povo não merecia tanto". A mudança que não ocorreu, foi articulada à nível de secretaria municipal pelo mesmo elemento do jornal "folha de barão", inimigo do sub-prefeito e usuário ocasional do posto. Uma das suas alegações era que para / chegar ao posto as crianças tinham que enfrentar poeira o que não lhes fazia bem.

A melhor forma de participação foi conseguida com as crianças. Foram realizadas ginkanas, campeonato de futebol e organizado teatro para representar uma peça, pois as crianças participaram ativamente. Outra forma de participação conseguida foi com os grupos de puericultura. As reuniões para orientação, ao final de alguns meses, possuíam a conotação de acontecimento / social. Nos momentos em que, por vários motivos, falta leite no posto, a frequência à essas reuniões caem de 30 a 40%. Ao que parece existe ainda o impulso de "receber" mais forte que de "participar". A participação comunitária deveria corresponder a um interesse de toda comunidade, ou em certo sentido / aos que usufruem os benefícios dos postos, pelos acontecimentos que possam afetar o próprio posto. Esse interesse pode ser expresso sob várias formas; ataques, defesa e mesmo tentativas de mudanças.

À equipe do posto cabe despertar, estimular e finalmente orientar os interesses para a conscientização da população. Ao usar o termo "conscientização" temos uma das grandes ciladas dos princípios da medicina comunitária. O mais lógico seria pensar em conscientizar quanto às condições de saúde e aos problemas de ordem sanitária; enfim educar para a saúde. Ao posto / em si, atuando através da equipe, é dada uma função mais abrangente, podendo atuar inclusive em termos de promoção de saúde, e em termos de promoção social.

Ao médico, ao assistente social, ao sociólogo, ao engenheiro sanitário ao psicólogo e ao pedagogo, cabe um trabalho específico dentro de sua qualificação. É como equipe multidisciplinar que o posto pode pensar em termos de conscientizar para a realidade social, fomentando mudanças e melhorias dessa mesma / realidade. Em um posto como o de Aparecidinha, mostrando com pessoal de enfermagem e médicos fundamentalmente, uma assistente social e grande parte da equipe composta por estagiários, com formação incompleta; a conscientização só poderia dar-se em termos de saúde; Identificamos aqui o problema da medicalização. Devido a constituição da equipe todas as atividades giraram em torno das necessidades da saúde. Sendo criado algum vínculo população-posto, este fatalmente estaria relacionado ou seria semelhante à relação médico-paciente. Com o passar do tempo o posto vê-se incrustado na comunidade, e a população o procurando devido a necessidades clinicas. O impacto para a mudança nessas condições é menor e o posto assume dia a dia o seu papel de aparrelho médico.

A participação comunitária teóricamente relatada, na prática pode resumir-se a reuniões de pequenos grupos que não são representativos / das comunidades. São formados a partir de relações de simpatia ou interesses pessoais.

Quando se trabalha com populações pobres e com alto índice / de analfabetismo as dificuldades aumentam e a equipe aos poucos centraliza-se sobre si mesma, perdendo progressivamente a relevância para a comunidade, culminando com alienação total. As prioridades passam a ser estabelecidas em função das idéias e do interesse dos profissionais envolvidos e não de acordo com a importância dos problemas para a comunidade.

A. Pelegrini, C. L. Ramos e J. A. T. Ribeiro comentam a propósito da participação comunitária: "Resolver os problemas de uma determinada comunidade unicamente através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos traduz concepção de que os problemas locais são locais não somente em sua / expressão como em sua origem. Pretende-se desta forma romper relações entre os problemas locais e gerais, ou seja, esvaziar a dimensão estrutural dos / problemas locais. A participação é limitada, restrita, não se abrindo canais que permitam uma participação ao nível das grandes decisões de caráter nacional, ou seja, uma verdadeira participação. Cria-se dessa forma uma ilu-

são de participação efetivando-se na realidade um processo de manipulação". (Guimarães, 1.971 : 221).

Essas considerações remetem aos problemas que surgem ao tentarmos a utilização de elementos da própria comunidade, os chamados auxiliares de saúde. Podemos encontrar maior resistência ao serem atraídos elementos não aceitos pela comunidade ou mesmo "desviantes". Este fato assume importância quando estes projetos são oficiais e as nomeações não estão sob o controle da própria equipe. A rejeição de um elemento ou sua presença, pode projetar uma imagem negativa dos postos na comunidade, acentuando conflitos pré-existentes e impedindo uma participação efetiva. Outro aspecto levantado pela reflexão acima diz respeito aos limites da participação. O impulso de "receber" é forte na população que trabalhamos, porém a determinação desse impulso tem raízes políticas profundas.

R.Schwarz,(1.977 -10) ao falar do "homem livre" dos tempos coloniais ressalta que "o favor é portanto o mecanismo através do qual se reproduz uma das grandes classes da sociedade, envolvendo também outros, a dos que têm. Note-se ainda que entre estas duas classes é que irá acontecer a vida ideológica, regida em consequência por este mesmo mecanismo. Assim com mil formas e nomes a favor atravessou e afetou no conjunto a existência nacional".

Vemos as atitudes de não participação da comunidade sendo / usualmente causadas por uma brecha entre as idéias trazidas pelos programas, exigindo uma discussão aberta e uma participação ativa e a realidade / política da população. A discussão aberta entre os elementos do posto e a população presuppõe uma aproximação e abordagem de problemas sob uma mesma perspectiva. O grande desnível social e de escolaridade entre os executores dos programas e os elementos da comunidade, levam a uma relação que tende a reproduzir a relação patrão-cliente.

"O paternalismo/autoritarismo a que estão acostumados impede uma discussão aberta visando alguma mudança, a não ser que parta dos proteutores. Por questões de metodologia e identidade na região, como vimos na introdução, não pudemos avaliar como os usuários habituais manipulam e interpretam o posto e a prefeitura. A mediação do favor faz com que direitos assegurados legalmente, sejam solicitados e esperados como uma dádiva e uma recompensa. Justifica-se a frase antes citada de que "só sabem pedir"; provavelmente tem medo e não estão acostumados a discutir e reivin-

dicar com bases na liberdade de expressão. Falou-se em cultura de pobreza; em nosso meio podemos pensar em termos de "cultura do favor", expressão mais crítica do famigerado "jeitinho brasileiro".

Este traço cultural, vindo de épocas coloniais é acentuado nos anos em que se tem um governo autoritário. Toda idéia, que pressuponha uma discussão liberal entre duas partes, requer mais que uma simples disposição, requer também um exercício constante desta mesma liberalidade e responsabilidade pelas conseqüências de cada palavra e ação. Torna-se difícil solicitar participação ativa de uma população que vive há dois séculos mediada pelo favor, e sendo tolhida no exercício pleno de suas liberdades, por longos anos.

As idéias sobre participação comunitária nos parecem fora de lugar e não adequadas ao nosso meio. O posto médico social e a equipe, / também com idéias inadequadas ao meio, foi protagonista de várias situações que passaremos a descrever:

V) Capitulo Quarto

Situações Sociais

Vimos nos capitulos iniciais como a medicina comunitária, articulada como uma forma de atenção médica, procura amenizar a crise institucional do setor saúde. Para tanto utiliza-se de um conjunto de idéias, que na realidade constituem uma ideologia, ao orientar a ação das equipes de / saúde dentro das comunidades. Até aqui fizemos a descrição da região de Ap recidinha, seguida da análise de alguns aspectos referentes à sua composição social e da implantação do posto no local.

Tomaremos agora dois casos, através dos quais, apresentaremos eventos concretos da vida do posto. Servirão para mostrar como elementos da população e da equipe, operacionalizaram normas conflitantes e contradições do sistema médico comunitário e da estrutura social.

Outro objetivo da exposição dos casos é fornecer ao leitor parte do material de campo para que possa raciocinar em função de fatos reais e dessa forma ti rar suas próprias conclusões.

Gluckman,(1.942 : 27) ao estudar a organização social da Zululandia, parte da inauguração de uma ponte e os acontecimentos do momento, para analisar as relações entre os brancos, e os negros, bem como o desenvolvimento econômico e político do local. Utiliza-se do comportamento dos mes-

mos indivíduos naquela e em outras situações concretas para ter idéia do relacionamento de grupos heterogêneos e como a diferença de valores torna-se / uma fonte de conflitos na personalidade individual dos zulus e estrutura social da África do Sul. O mesmo autor afirma que "a participação do indivíduo de um grupo particular, em uma situação particular é determinada por motivos e valores que influenciam aquela situação. Os indivíduos podem desse / modo viver de maneira coerente pela seleção de situações resultantes da mistura de valores contraditórios, credos diversos, variados interesses e técnicas variadas".

Estas ponderações remetem a várias situações que observamos / em Aparecidinha em que as pessoas, componentes de diferentes grupos, manipularam de forma diferente o posto e o sistema médico e político que este representava. Estudaremos esses comportamentos através da metodologia de casos desdobrados, realizando a análise da situação social a partir dos casos apresentados. As vantagens desse método estão resumidas nas palavras de Van-Velsen, (1.967 : 42) "isto coloca o leitor em melhor posição para avaliar a análise do etnógrafo não somente baseado na consistência íntima do / argumento, mas também comparando os dados etnográficos com as inferências retiradas deles".

a) O casal religioso

O primeiro caso tem como centro o Diácono de Nova Aparecida e sua esposa. Esta pessoa, aparentando uns vinte e cinco anos, era funcionário da sub-prefeitura e exercia as funções de despachante, providenciando documentos, registros, etc., para quem o procurassem. Desde a instalação do posto procurou aproximar-se da equipe fazendo amizade com todos e acompanhando algumas pessoas que vinham para consulta urgente. Soubemos / que era Diácono e nos contou em uma festa do posto, que cursara o seminário vários anos tendo sido designado para Nova Aparecida; no local conhecera a sua atual esposa, desistindo da carreira eclesiástica. Como Diácono, tinha permissão para officiar missas e exercer funções pastorais sendo auxiliado / por sua esposa. O casal tem um filho de dois anos que vive em companhia dos avós maternos em São Paulo. Sua maior preocupação eram as pessoas de São / Martins que frequentavam a paróquia de N. Sra. Aparecida.

A esses parocurava orientar, organizar seus documentos, etc. Consultou dois médicos do posto, tendo exposto ao psiquiatra seu envolvimento com bebidas alcoólicas. Ao embebedar-se costumava agredir a todos, inclusive sua esposa. Este feito fazia com que uma parte da população o rejeitasse como ministro religioso. Além disso havia sobre ele a acusação de ter-se apoderado de uma certa quantia, destinada à construção de um centro comunitário em São Martins arrecadada através de uma quermesse ali organizada. Sua orientação religiosa era contestada por outras famílias que não admitiam ele acompanhar-se ao violão durante a missa tradicional. O pároco residia no Jardim Eulina e vinha a Nova Aparecida uma vez ao mes.

Sua esposa sempre o acompanhava as reuniões com a população que o posto realizava e já viera a uma vez a consulta. Após uma das reuniões, / em que se solicitava voluntários, ela apresentou-se pois era datilógrafa; aparentemente de boa escolaridade. Assim permaneceu durante dois meses exercendo funções burocráticas e auxiliando a agente administrativa. O casal passava por sérias dificuldades econômicas, pois viviam do salário que o marido recebia da prefeitura. A equipe à pedido da agente administrativa resolveu solicitar sua contratação à Secretaria de Saúde, apesar da oposição da assistente social. Esta não via na pessoa de diácono, alguém em que se pudesse confiar. Seu salário seria de Cr\$ 2.000,00 mensais. Um mes após sua contratação seu comportamento mudou. Passou a maltratar as pessoas do posto, tanto funcionários como usuários que deveria atender, preenchendo fichas, etc. Sua expressão era de sonolência e um dia apareceu com várias escoriações. Seu marido comprou um carro usado e disse-nos que comprara um "terreninho", onde pretendia construir sua casa própria. Muitos nos vieram contar de dívidas que contraira confiando no salário de sua esposa.

Por essa época o sub-prefeito sofria pressões de um funcionário da prefeitura, que fora dispensado por sua ordem. Esse funcionário, através do jornal "A Folha de Barão", encetou vários ataques contra ele. O diácono aderiu a essas críticas, distribuindo panfletos, no que foi repreendido e ameaçado de dispensa.

Dentro da política de Aparecidinha, como referimos, existem opositores ao sub-prefeito. O ex-funcionário referido, reside no local e estava ligado ao jornal "Folha de Barão", publicada no distrito de Barão Geraldo. Este funcionário tornou-se um dos mais fortes crítico da sub-prefeitura en-

veredando para críticas pessoais e agressivas. O outro crítico do sub-prefeito é mais discreto e procura fazer oposição disputando os cargos. Sua condição de professor primário dá-lhe vantagens sob o aspecto de escolaridade. Atualmente é o presidente da sociedade amigos de bairro e no dizer de muitos moradores deveria ser sub-prefeito por ser mais "preparado" na conotação de possuir mais "cultura". O antigo funcionário, ainda reside no local e foi um dos articuladores, junto a secretaria municipal, para a mudança do posto para outro local alegando "haver muito pó, para as crianças" na sua localização atual. Dentro da comunidade vive apenas dois anos, não tendo o mesmo círculo de amizades que o sub-prefeito. Outra causa de sua oposição é o mandato do atual sub-prefeito mantendo-se no cargo por três administrações. Na transição do governo Pericles Gonçalves-Francisco Amaral, assumiu o cargo seu filho que demitiu-se três meses após a posse do prefeito atual, permitindo sua renomeação. (\*) Interpretou o fato como uma manobra desonesta.

O diácono apoiando-se neste ex-funcionário, tentou opor-se ao sub-prefeito, porém sua condição de funcionário público o colocou numa situação submissa. Somente não foi dispensado porque todos conheciam sua situação financeira instável.

Simultaneamente três assistentes sociais da fábrica de Óleos Minasa, vieram residir em Nova Aparecida e tentavam implantar em São Martins um curso de alfabetização de adultos e construir o centro comunitário. Para tanto recebiam verbas da Minasa e queriam um terreno para sua construção; o dono da fábrica tinha interesse e incentivava essas realizações facilitando tudo que lhe era possível. O sub-prefeito também prometera um terreno às três assistentes sociais, doado pela prefeitura, localizado em São Martins e que se destinava a uma praça. O diácono também empenhava-se em conseguir a doação do terreno na prefeitura chegando a trazer uma nota confirmando a doação com o lote, tamanho, etc.

Por outro lado as "moças da Minasa" como ficaram conhecidas, trabalhando junto à comunidade, uniram-se várias famílias que se opunham ao diácono, quer por sua orientação religiosa, ou por sua vida pes-

---

(\*) O cargo de sub-prefeito é um cargo de confiança do prefeito municipal. Todos os sub-prefeitos foram afastados à pedido do Dr. Francisco Amaral, que os renomeou posteriormente, exceto um deles.

soal e iniciaram uma lista solicitando o terreno à prefeitura, pois a doação / após vinte dias não se concretizara. Cria-se em São Martins um conflito entre / os grupos pró e contra o diácono. Os que são contra recebem as "moças da Minasa" e os que se apoiam recusam-se a recebê-las, culminando com o impedimento de sua entrada na igreja e boicote a uma aula de catecismo que teriam com as crianças. A Minasa faz passar uma lista entre os funcionários, pedindo o terreno e muitos por respeito ao diácono não assinam.

As assistentes sociais procuraram o posto médico social e / com as estagiárias estudantes de sociologia, marcaram reuniões com os chefes / das famílias, o diácono e toda equipe do posto. A intenção era conciliar as fa / milias entre si, o diácono e as assistentes sociais. Compareceram às duas reu - / niões seis chefes de famílias de São Martins e tudo ficou como tendo sido um / mal entendido. Uma das assistentes sociais da Minasa, ex-freira, criticou a ori / entação religiosa do diácono e as aulas de sua esposa, prometendo denunciá-lo e exigindo os documentos que o permitiam officiar missa e exercer funções pastorais.

Novamente o diácono se aproxima do sub-prefeito e procura en / volver o centro médico social, pedindo auxílio para realizar um "levantamento / do local" onde pretendia saber quantas crianças não batizadas existiam no distri / to. Através das lutas o diácono percebeu que o seu prestígio estava bastante / abalado, donde a procura de aliança com o sub-prefeito e o centro médico social.

Finalmente conseguiram o terreno doado por um vereador de / Campinas, que segundo diziam pretendia conseguir eleitores no local. Constitui- / se um conselho diretor para a construção do centro comunitário, porém o diácono e o sub-prefeito não são convidados a participar.

O sub-prefeito preocupado com o domínio da Minasa no local, tenta colocar seu / genro, ministro da paróquia de Nova Aparecidinha, no conselho e orienta a todos para que impeçam as "moças" de tomar posse.

A esposa do diácono prosseguia seu trabalho, porém soube- / se que a sonolência e a irritabilidade eram devidas a "bebedeiras de todas noi / tes".

Ambos, diácono e esposa, no último mes vinham embebedando-se diariamente e /  
agredindo-se mutuamente. O serviço no posto não mais era realizado organiza-  
damente e uma verificação nos arquivos demonstrou uma completa confusão. Ao  
mesmo tempo fez-se uma lista solicitando donativos ao posto para adquirir uma  
geladeira. O dinheiro obtido pelo casal, aproximadamente quinhentos cruzeiros,  
jamais foi entregue. A senhora do diácono foi dispensada, de suas funções e so-  
licitado que se demitisse de seu cargo. Não concordou e foi posta à disposição  
do setor pessoal da prefeitura. Com as dividas contraídas e o pretigio abalado  
na comunidade o diácono e esposa mudaram-se para São Paulo

## Análise

O posto ao ser implantado na comunidade trazia ou pretendia / aplicar a ideologia da medicina comunitária. Dentre seus conceitos, a participação da comunidade e a atenção primária eram prioritárias, sendo considerados a chave das modificações a serem introduzidas no sistema de assistência médica. Para desempenhar um papel importante no desenvolvimento comunitário, seria necessário uma cooperação do povo na penetração do posto na comunidade, no reconhecimento de suas próprias deficiências e para sugerir ações que pudessem solucionar seus problemas. A forma de prestar serviços, através da / atenção primária, também requeria cooperação para a parte preventiva e educativa que se pretendia realizar.

Ao iniciar o trabalho, e a medida que este prosseguia, pode-se observar outro tipo de comportamento dentro da comunidade. Observamos que o povo não só se utilizava dos serviços prestados pelo posto, como, também, o / manipulava de acordo com seus interesses. Conforme vimos no capítulo III, A. Pelegrini e C.L. Ramos preocupavam-se fundamentalmente com a manipulação / que se podia efetivar com a população. Esta preocupação é bem fundamentada, porém existe o reverso da medalha, que no nosso caso não fora previsto ou levado em consideração. A aproximação do diácono, inicialmente acompanhando / doentes, evoluiu para uma manipulação do posto no sentido de solucionar seus problemas financeiros e posteriormente como fonte de prestígio, no momento / em que se sentiu ameaçado. Houve um momento em que ele forçou sua identificação como participante da equipe. Sua esposa, como funcionária do posto, / adquiriu "status" perante o povo, estando em condições de afastar ou de "arranjar" consultas para as pessoas, devido às suas funções. Esta idéia de / aproximação do posto, como fonte de prestígio, pode ser vista na atitude da esposa do diácono, ao convidar o então coordenador e a assistente social para seus padrinhos, uma vez que seria batizada aos 23 anos de idade.

Um posto de saúde, qualquer que seja sua ideologia e maneira de atuar, é sempre bem recebido em locais de poucos recursos materiais. É / uma fonte de prestígio e poder desde que representa um órgão oficial e oferece um serviço de valor para o público. Este, talvez seja o motivo de ter sido solicitado e atraído para os conflitos entre o funcionário dispensado,

o diácono e o sub-prefeito. Este, em uma fase inicial, também tentou controlar a equipe do posto como veremos no próximo caso. O próprio funcionário, posteriormente tentando mudar o local do posto, também utilizou-se deste como fonte de poder político e prestígio no local. Estes fatos mostram o posto médico social, sendo visto na comunidade sob a forma de um órgão prestador de serviços e trazendo em si potencialidades de gerar prestígio e poder, para os componentes da equipe e para uma parte da população.

Os postos de saúde, podem ser objeto deste tipo de manipulação ou de manobras lucrativas, ao escolher auxiliares de saúde na comunidade, ao distribuir medicamentos e leite à população. São níveis diferentes, porém revelando manipulação de normas e atitudes, de acordo com as necessidades individuais.

Fizemos comentários sobre a pequena burguesia e os operários em Aparecidinha, e a divisão existente na pequena burguesia. Vamos o sub-prefeito como representante da pequena burguesia tradicional e as assistentes sociais, diácono e equipe do posto como representantes da nova pequena burguesia. É a este nível que surgiram os conflitos e são as pessoas que ao prescindirem do posto a nível assistencial, são capazes de usá-lo de outra forma. Os operários e os "pobres" em geral o utilizam como forma de receberem assistência médica, de forma alternativa ao INAMPS ou de forma preferencial. Ao utilizarem-se do posto e no contato com os pequenos burgueses, tornam-se instrumento político destes.

O posto foi pedido em nome dos "pobres" que necessitavam melhores cuidados e das "crianças que não tinham assistência". Atrás dessas necessidades encontra-se um jogo político em que as condições da zona pertencente a Sumaré e suas realizações eram comparadas às de Campinas. O centro comunitário de São Judas, com médico, dentista e ambulância foi constantemente lembrado, cogitando-se de dar o nome de centro comunitário ao posto de Nova Aparecida. É uma forma de disputa pelo poder que não chega a ser notada pelo povo, porém que revela a realidade política local. Trata-se de uma forma de afirmação e consolidação do poder e da capacidade administrativa do sub-prefeito. Finalmente, ao atuar na comunidade o posto auto-afirma-se e contribui para a afirmação política da liderança atual.

A manipulação do posto, como fonte de prestígio e poder, é demonstrada no histórico do posto ao mostrar um aumento progressivo de sua importância à medida que os prefeitos voltam-se para o setor saúde. Dessa forma a comunidade também é manipulada através do posto e este fato pode aumentar em proporção ao ser solicitada a participação comunitária.

O posto em si, visto pela medicina comunitária como desencadeador do desenvolvimento da comunidade, torna-se não só fomentador, mas também parte desse desenvolvimento. Ele é visto como uma resposta às reivindicações do povo através dos líderes. No caso de Aparecidinha, dos líderes políticos, reforçando um processo de manipulação recíproca.

A comunidade, vista nos estudos de medicina comunitária conforme o capítulo anterior (pg. 84) abrange vários aspectos teóricos sobre o tipo de população a ser atingida. Não se detem nos conflitos mais comumente encontrados em nossas zonas rurais e urbanas, ou nas dificuldades da abordagem dessas populações. A ausência da idéia de conflitos, tornam as comunidades mais simplificadas do que são na realidade. O contato com a população ou grupos da população ou grupos da população, suscitam conflitos e manipulações, obrigando as aproximações e afastamentos de grupos e pessoas não previsíveis, na ideologia ou nas normas da medicina comunitária. As facções políticas, os ideais pessoais, os grupos religiosos e econômicos existem na comunidade e distinguem-se em seus objetivos de bairro para bairro, e muitas vezes dentro de um mesmo bairro, sendo difícil seu reconhecimento.

Em Aparecidinha reconhecemos um conflito político entre pequenos burgueses em que os operários pouco participam. Uma luta religiosa entre o diácono e a freira em que a "comunidade religiosa" tomou um partido definido e dividiu-se nas opiniões. O envolvimento de duas instituições (posto médico e Minasa) cujos interesses não eram propriamente o bem estar da população, mas participavam de um jogo político e de interesses que abrangia toda a comunidade. Para o posto médico significava participação na comunidade e para a Minasa, provavelmente, um apoio e estímulo ao desenvolvimento da força de trabalho disponível. Essa rede de relações, humanas e institucionais, existem em todas as comunidades e a sua compreensão levará a um melhor e real conhecimento da comunidade; sua extensão e o modo pelo qual deverá ser abordada.

Resumindo este caso, três aspectos são colocados em relevo:

O posto atuando na comunidade é encarado como uma fonte de prestígio e poder, dando margem a tentativas de manipulação por parte de elementos da comunidade.

A equipe, ao atuar como integrante da comunidade, revela conflitos locais que aparecem claros nas tentativas de manipulação do posto e da população.

Os dois fatos, posto como fonte de poder e prestígio e a presença dos conflitos, implicam em uma crítica da ideologia da medicina comunitária que encara as comunidades de maneira simplificada.

b) A pureza das intenções

Duas preocupações, constante do secretário de saúde, desde o início de sua gestão, foram a elaboração de uma política municipal de saúde e a introdução em Campinas de um sistema regionalizado de assistência médica.

Com a inauguração de novos postos, sem a infra-estrutura que garantisse um funcionamento uniforme e sem uma norma escrita que orientasse sua filosofia de atendimento, os novos médicos sentiram a necessidade da definição da política municipal de saúde. Passaram a solicitar do secretário um documento, onde constasse todo planejamento e orientação para os novos postos. Somente assim todos poderiam ter um funcionamento uniforme e manter a mesma programação. Todos sentiam que cada posto isolava-se dos demais, mantendo como único elo as relações pessoais entre o médico e o secretário de saúde. A maioria desses médicos, provinham da divisão interna, seguida de dispersão do posto do Jardim Conceição onde o antigo coordenador e responsável pelo projeto cura II, fora dispensado, após romper com o secretário de saúde que não renovou seu contrato.

Para a elaboração do documento que definiria a política municipal de saúde, foi contratado um sanitarista que trabalhara na implantação de outro projeto semelhante, em outra cidade. O sanitarista reuniu-se com as equipes dos postos e procurou ouvi-los, depois foram convocadas reuniões plenárias com todo pessoal, médico e para-médico, de onde saiu uma comissão para elaborar o documento.

Nesta comissão foi incluída o pediatra de Aparecidinha, que já participava em uma comissão que tinha por fim conciliar os interesses da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

Por essa época surgiu o mais grave conflito interno do posto. Os médicos foram os agentes deste conflito; com a indicação da médica para participar da comissão para elaborar a política de saúde da prefeitura, esta / aproximou-se da secretaria municipal tomando parte ativa em suas realizações. Antes já mantinha contatos frequentes com o secretário de saúde e seus auxiliares, este vínculo estreitou-se neste período.

No posto médico social as decisões sempre foram tomadas pelo antigo coordenador, conjuntamente com a equipe, em reuniões semanais. Após a vinda do sanitarista muitas decisões tomadas a nível de posto chegavam a seu conhecimento e na orientação à outros postos em formação o trabalho já realizado era discutido. Os para-médicos nem sempre compreendiam o que deveria / ser aplicado em Aparecidinha e que as dúvidas que surgiam em outros locais, / em alguns casos, já haviam sido superados pela equipe do posto. Como a pediatra tinha fácil acesso à novas resoluções para a futura política de saúde, / passou a ser consultada em todos os pormenores de ações, como marcação de consultas, horários, etc., havendo uma transferência das decisões tomadas pela / equipe e pelo antigo coordenador, para sua pessoa no momento da execução. A agente administrativa era o elemento mais dependente de suas ordens, não permitindo que nada fosse executado sem passar pelo seu crivo. Os enfermeiros / mantinham-se na expectativa procurando não discutir, e nisto facilitavam sua ação.

A centralização das normas de funcionamento e decisões impostas progressivamente pelo sanitarista, sob a alegação que as decisões deveriam partir das bases e reunindo as para-médicos, seria para bloquear quaisquer decisões tomadas dentro do próprio posto. Possivelmente influenciada / pelas discussões na secretaria, a pediatra passou a atacar os dois médicos do posto, antigos estudantes estagiários, provocando um sério atrito.

Os problemas levantados por ela eram:

O outro pediatra não seguia a mesma orientação que ela nas consultas e nas reuniões. Prejudicava assim seu trabalho junto à população

de mães, ao reorientá-las de forma diferente. Essa orientação muitas vezes / provinha de reuniões, orientadas por uma enfermeira ou pela assistente social. Essa última reclamou da mudança de orientação que o pediatra fizera em relação ao uso de touca e em um caso de diarreia. Esse elemento assumira vários compromissos após casar-se (o fizera há 3 meses), perdendo a noção de saúde comunitária e indo ao posto para um atendimento rápido, não condizente com os / princípios da medicina comunitária. Retardara o atendimento ao programa de / saúde escolar sem uma justificativa.

O clínico, segundo médico, também vindo para o posto como estudante, reduziu com autorização do sanitarista, o número de suas consultas para oito. Não vinha ao posto diariamente e seus horários poderiam sobrecarregar o pessoal não médico, já escasso. Fracassara ao tentar realizar conferências para a população e implantar um curso de educação sexual. Ademais não participava das reuniões do posto e mantinha um relacionamento estreito com os elementos da sub-prefeitura, o que a seu ver, não deveria ser feito.

Esta orientação fora tomada à implantação do posto quando o sub-prefeito interferiu com a equipe, dando ordens aos para-médicos e enviando pessoas à assistente social. Essas pessoas, com problemas de moradia e com problemas de documentação, não tinham vínculo com o posto ou estavam ocasionalmente / em Aparecidinha. A situação, à persistir, diminuiria todos os objetivos a que o posto se propunha: atender as famílias, dar-lhes assistência social e tentar integrá-las à comunidade, com orientação sanitária adequada. Dessa forma toda ordem e todo encaminhamento deveriam partir da equipe do posto. Com esse comportamento estava sendo quebrado o vínculo estreito entre a atenção médica e a sub-prefeitura, como há anos era realizada. O sub-prefeito, tolhido em suas ordens, recorre ao coordenador de ambulatórios que fez pressões para que a equipe, e / principalmente os não médicos, se submetessem à sua orientação. A situação chegou a exigir a intervenção do secretário de saúde, a todos reafirmando a independência da equipe do posto, para aplicar livremente seu projeto, e salientando aos dois a não interferência.

Os dois médicos tinham críticas e dúvidas quanto ao trabalho / realizado no posto: um deles era "contra os pacientes serem medicados pela enfermagem, isso me parece uma faca de dois gumes". O outro não acreditava em / participação comunitária acreditando que a população "preferia uma atenção cu-

rativa" pois recebera reclamações de pacientes por terem sido atendidas por enfermeiros e não por médicos, como desejavam . Afirmava que eles queriam / passar pelo médico "mesmo que seja para dar uma benzida".

A situação entre os três médicos chegou à ruptura colocando-se a pediatra contra o clínico e o outro pediatra, e exigindo suas demissões imediata e inconteste. Os dois médicos uniram-se e acusaram-na de não respeitar a ética profissional; atuar como "dona do posto" e ter "um caráter / destrutivo".

O ex-coordenador procurava conciliar, solicitando aos dois médicos que colaborassem para que o ambiente pudesse voltar à paz antiga. Bastava um esforço por parte de cada um, pois a pediatra em breve voltaria a trabalhar unicamente no posto, após o documento pronto seria facilitado o serviço. Não queria o cargo de coordenadora que seria novamente criado, oferecendo-o à pediatra.

Os enfermeiros procuravam manter-se fora da disputa evitando tomar partido, e não procurando motivos para a briga. Racionalizaram a situação, imputando razões pessoais surgidas em uma festa de aniversário, como início do conflito. Notava-se que tinham consciência das verdadeiras razões, embora evitassem expressá-la.

A assistente social, evitava comentários tanto quanto aos motivos da disputa, quanto seu possível desfecho. Manteve-se neutra até o / final.

A agente administrativa, aproveitou o ensejo para tentar jogar as enfermeiras contra o ex-coordenador, alegando que este nunca a apoiara. Ademais não exigia mais funcionários que o posto necessitava, principalmente em sua função. Apoiava franca e irrestritamente a pediatra.

Na sub-prefeitura a pediatra não era querida; embora não se manifestassem , desejavam a presença do outro pediatra e do clínico. Um dos motivos era um atrito recente havido entre um funcionário da sub-prefeitura que não obedecera sua ordem de não utilizar a viatura do posto.

Entre a pediatra e o ex-coordenador havia um tratamento respeitoso, embora tenso devido às condições criadas. Os dois médicos pediram que se fizesse uma reunião somente entre médicos, na presença do secretário de saúde.

O ex-coordenador adiou o mais que pode esta reunião, esperando que a situação acalmasse e por temer os resultados imprevisíveis, podendo chegar a ataques / pessoais violentos,

Finalmente a reunião se realizou com a presença do sanitарista; ali foram colocadas as posições e horários de cada um. A reunião foi iniciada com o sanitарista expondo seu ponto de vista sobre medicina comunitária e atenção primária. As acusações mútuas foram as que referimos. A intenção da reunião era reaproximar os médicos e solucionar o conflito, porém o resultado foi desastroso. Passados alguns dias a pediatra abandonou o posto, declarando que só voltaria após a saída dos dois médicos.

A situação perdurou durante vinte dias. Finalmente da secretaria de saúde resolveram afastar os três médicos do posto, sendo comunicado ao ex-coordenador. O sanitарista era francamente favorável à saída da pediatra, / por julgá-la responsável direta pelo "tumultuo havido em Aparecidinha".

Os demais componentes da equipe mantiveram a neutralidade, manifestando-se ao final por influência e iniciativa da assistente social que conseguiu o ex-coordenador a reunir a equipe e ir ao secretário de saúde para pedir a volta da pediatra. Esta fôra "manipulada" pelo sanitарista que desejava afastá-la da secretaria. A essa reunião foi levada uma usuária do posto, / como "representante da comunidade".

À pedido da equipe o secretário de saúde autorizou a volta da / pediatra, constrangido pela forma como se afastara do posto, ficando implícito o afastamento dos dois médicos.

## Análise

A passagem progressiva da liderança para a médica foi consequência da centralização do poder na pessoa do sanitarista. Pelas funções que passava a exercer; diretor de saúde, e pelas reuniões constantes com o pessoal auxiliar, estes sentiram que nele residia o poder de dispensá-los ou mantê-los / nos postos e na secretaria. Agrada-lo ou agir de acordo com suas idéias era / uma forma de manter-se no emprego, bem como ter livre acesso à secretaria de saúde e a todos os postos. A participação da pediatra na comissão, dava-lhe condições de dominar o panorama político da secretaria de saúde, estando a par de problemas que não chegavam ao posto. Dai sua ascendência aos olhos dos componentes da equipe. Sob outra perspectiva, tornava-se eficiente veículo para a super-estrutura que tentava-se impor, partindo da secretaria para os postos. No discurso apregoava-se exatamente o inverso, fazendo-se crer que partiam dos postos em direção à secretaria. Essa imposição ideológica a nível de posto de saúde, encontrou os dois médicos como foco de reação.

Observando a rede social que elaboramos (pg. 72) notamos que os conflitos e os problemas pessoais surgidos dentro da equipe, tem sempre como foco pessoas isoladas na rede. Os dois médicos vindos como estudantes, tem uma conexão tênue: O primeiro, atual pediatra, entrou na equipe por relação de amizade com outro estudante que não fez parte do posto, e que trabalhava no mesmo / hospital que o secretário e o diretor de saúde. O outro médico, atual clínico e médico residente em psiquiatria, foi incorporado à equipe por apresentação de sua irmã, uma das estudantes de sociologia. Os outros componentes não o conheciam. Existiu desde o início certo receio quanto às condições de trabalho da servente. Posteriormente ela criou vários problemas devido à sua condição de analfabeta, mantendo com o restante da equipe um relacionamento tenso. Esta pessoa também está isolada tendo como via de entrada o relacionamento de seus pais com o sub-prefeito. Também um dos enfermeiros que foi afastado / por insistência da agente administrativa é da pediatria está isolado, sendo seu vínculo direto com o secretário por compadrio. A dispensa desse enfermeiro, contraria a "mediação pelo favor" como comentamos antes. Ao dispensá-lo o secretário agiu de forma coerente com os princípios da medicina comunitária, que rejeita o favor e o apadrinhamento como forma de estender benefi-

cios à comunidade. Também reforçou a auto-confiança da equipe, reafirmando / sua independência de ação. A rede social do posto demonstra a importância das relações sociais múltiplas para os participantes da equipe. As relações múltiplas ou "multiplex" definidas por Gluckman, (1.966 : 26) são relações entre / os membros dos grupos e que servem para uma grande variedade de propósitos. Os papéis desempenhados em cada relação social estão ligados à diferentes situações, como a grupos políticos, congregações de trabalhadores, ocupações ou condição de pai ou filho. Em Aparecidinha os que entraram na equipe e não tinham relações sociais múltiplas foram aos poucos sendo segregados, e finalmente excluídos da equipe. "O favor" interferiu para sua entrada, não sendo suficiente para mantê-los. Os que tinham relações múltiplas, mesmo em conflito / com os outros, permaneceram na equipe.

Estes fatos revelam uma equipe fechada sobre si mesma; havendo respeito somente por aqueles que mantem relações múltiplas, dentro da secretaria ou fora dela. Disto resulta uma grande resistência à penetração de elementos estranhos. Embora haja facilidade para a equipe atingir a comunidade, mostra-se relutante em aceitar sua influência, resolvendo as questões em função de seu próprio funcionamento. Com os outros postos as discussões inicialmente eram bastantes amigáveis, porém, com a equipe de Aparecidinha tentando impor seu ponto de vista. Por vezes esse relacionamento assume aspecto de rivalidade.

As influências externas, como de outros postos, do sub-prefeito e do sanitarista foram rejeitadas. Quando as diferenças de opiniões surgiram dentro da própria equipe, o resultado foi a ruptura descrita.

Chama nossa atenção a repetição de rupturas iguais em projetos semelhantes. Citando os fatos sem entrar em pormenores, temos: Projeto Paulínia, que após algum tempo, apresentou grave conflito com dispersão de toda equipe; Posto Jardim Conceição, que apresentou idêntica ruptura com a dispersão / da equipe e saída do coordenador; Londrina, temos notícia de ruptura parecida.

Dois problemas podem ser responsáveis pelo desencadeamento desses conflitos: em primeiro lugar, sendo a medicina comunitária, uma ideologia não integralmente estruturada permite várias interpretações. Em segundo lugar, as relações de poder dentro das equipes e das instituições que utilizam este tipo de assistência. Estes dois aspectos estão interligados, pois, nas /

lutas pelo poder, cada qual procura legitimar-se lançando mãos dos aspectos / contraditórios.

O fato da medicina comunitária ser um conjunto de idéias que vem sendo aplicado em diferentes países, dá-lhe uma forma diferente de atuar em um enfoque distinto em cada um, de acordo com a sua própria problemática. Muitas dessas experiências são relatadas, tendo a Organização Mundial de Saúde atuado como órgão de divulgação e incentivador. No Brasil procura-se adaptar essas idéias às realidades locais, não havendo até agora experiências suficientemente amadurecidas e que possam servir de modelo a outras regiões. O mesmo ponto de vista aplica-se ao pessoal envolvido com os programas. As tentativas de implantação de novos programas são acompanhadas de uma recompilação e exposição, oral ou escrita, das diretrizes seguidas e da ideologia / de outros serviços. Este fato dá margem à várias discussões e interpretações dos princípios da medicina comunitária. Durante a atuação, reinterpretações vão surgindo e a consciência das limitações, alcance e distorções introduzidas, levam a conflitos entre os executores.

Outro aspecto a ser considerado são as relações de poder dentro das equipes. Propondo uma discussão aberta entre todos os componentes da equipe e deixando compolivre às reinterpretações citadas, criam-se nas equipes e principalmente entre os médicos, disputas pelas posições de liderança predispondo às rupturas. As manipulações de pessoas e situações dentro das equipes são facilitadas, como Aparecidinha onde os médicos envolvidos no conflicto tentaram impor suas idéias sobre como atender a população, pondo em dúa a legitimidade do ato médico comunitário perante a comunidade. No dizer da pediatra "deveriam ser mais Arena e menos MDB", significando que algumas diretrizes e a atenção demasiada à opinião da população e de paramédicos prejudicavam o serviço médico em si. É uma forma de rejeição do médico comunitário.

A imagem do médico idealizado pela medicina comunitária, tenta ser, a do médico de família que existiu no Brasil no início do século. Este era visto como parte da família e seu conselheiro em todos os momentos. O termo "tradicional" deveria referir-se a este tipo de médico; porém é usado para as duas ou três últimas gerações de médicos, mais preocupados com a própria profissão, projeção pessoal e aquisição de riqueza do que com o seu paciente, É o médico que poderíamos ver como fruto do capitalismo e do

e do individualismo que ele acarreta. A medida que a capitalização do trabalho médico se generaliza, o assalariamento e a multiplicidade de empregos afastam o médico do paciente, vinculando-o ao estado ou à imprensa. Adquire sem / perceber a ideologia capitalista e o seu modo de vida. Assim, a área da saúde, não só a área médica, reproduz a ideologia dominante e sofre as oscilações do sistema político em que está inserido.

O médico comunitário proposto ; atuante na comunidade, convivendo e lutando com o povo, comprometido politicamente, assemelha-se aos curadores de sociedades pré-capitalistas que ao nosso médico tradicional ou médico de família. Para atuar conforme a idealização feita, o médico deve entender a situação das classes mais baixas da comunidade, atuando na solução dos seus problemas. Ao introduzir-se nessas classes, introduz, embora não o queira, um elemento artificial em sua conduta. Pertence realmente a outra classe e é muitas vezes forçado a exercer uma liderança pelo desnível social existente. Esta situação o aproxima do curador, porém neste a vivência dos problemas comunitários é longa e vivida sem artificios, sendo ele um integrante natural da comunidade. Marcos Queiroz (1.978, 64 : 93) demonstra em sua tese como uma pessoa comum se transforma curador (esperitista, consulteiro, doutor do mato ou doutor da cidade) e ganha o respeito popular. É um processo lento, prolongado, que por vezes passa de pai para filho.

O médico de "comunidade" raramente compartilha a visão de mundo da comunidade ou suas crenças predominantes. Ao atuar, devido a sua formação, introduz novos conceitos de saúde doença podendo atuar como agente desajustado da cultura popular. Também introduz sem o perceber os conceitos de uma medicina capitalista. As consequências são imprevisíveis quando atua em comunidade isoladas ou nas quais ainda persiste um modo de produção de sobrevivência.

Ao por em dúvida a legitimidade do ato médico comunitário, aparece outra contradição com os princípios da medicina comunitária. A formação e a estrutura do pensamento médico brasileiro é diversa do exigido pela medicina comunitária. Este "pensamento" apoia-se em uma lógica positiva e experimental, / exigindo demonstração concreta dos fatos interligados que permitem uma indução ou uma dedução. Esta lógica adapta-se e é extremamente útil no raciocínio clínico e na elaboração de trabalhos experimentais de laboratório e nas enfermarias. Em uma comunidade, aplicando-se os princípios da medicina comunitária, necessita-se

formação humanística sólida.

A lógica experimental torna-se insuficiente para explicação e resolução de vários problemas surgidos nos contatos diários em uma sociedade complexa.

A impropriedade das soluções e as barreiras criadas na tentativa de mudança, / criam dúvidas quanto ao trabalho realizado, dificultando tentativas de mudanças e levando uma vez mais a conflitos nas equipes.

A exigência de participação em uma população habituada ao apa- / drinhamento, ilustra esta situação.

São idéias transpostas de outros países, sem os indivíduos preparados cultural- / mente para adotá-las.

O comportamento de alguns elementos da população reforça as dú- / vidas quanto ao tipo de medicina oferecida e a ação da equipe, subentendendo / também uma rejeição ao novo sistema.

Embora procurem o posto e aceitem tudo que lhes é oferecido, comportam-se de / acordo com o sistema convencional de saúde.

O atendimento por auxiliares de saúde é estranho e visto com desconfiança, le- / vando às reclamações citadas.

Ligamos essas reclamações ao estereotipo da "enfermagem" no Bra- / sil, sendo enfermeiros e enfermeiras, tidas a grosso modo, como pessoas de mo- / ral duvidosa em relação, ao estrato social a que pertencem.

Contrasta com o estereotipo em outros países em que a profissão de enfermeira / significa desprendimento, estudos e acima de tudo dedicação ao próximo.

Também o fato de serem elementos do próprio local atrai pessoas de seu relacio- / namento e parentes, porém afasta os inimigos de família e os conhecidos de lon- / ga data que acabam por desacreditar a sua eficácia profissional, no sentido que a medicina comunitária tenta utilizá-las.

A consulta médica, como parte de um ritual que inclui a recepção do indivíduo, ganha uma eficácia simbólica, sendo por si só, um fator na cura / de certos distúrbios, principalmente de fundo emocional.

O ato ritual, dessa forma, faz parte da cura .

O povo, ao solicitar o médico "para dar uma benzida", provavelmente procura esse ritual, em que o médico vestido de branco, simboliza a cura de seus males e de suas crianças.

Isto nos leva a comparação que o povo faz do médico com o benzedor, embora obje

tivamente digam que cada um trata os males de maneira diferente.

A população não estranha a presença de especialistas, procurando-os justamente por exercerem uma especialidade.

Então acostumados a fazer um auto diagnóstico e ir diretamente ao especialista que julgam necessitar.

O ritual que cerca a atenção médica convencional, contribui para a valorização do ato médico por parte da população; sua ausência pode afastá-la, embora torne o médico e a instituição mais acessíveis.

Consideramos alguns indícios de rejeição do médico comunitário por parte dos dois médicos, apoiados em sua formação e nos fatos observados / juntos à população.

Por outro lado a pediatra e o ex-coordenador, também especialista em ginecologia, atuavam no sentido de legitimar o médico comunitário embora suas presenças constituíssem uma contradição aos princípios que defendiam.

Essa legitimação se fazia ao criticarem o pediatra que atendendo em outro posto, de outra cidade, sob outra ideologia, dava preferência a essa última.

A própria proposta de troca de coordenação era uma forma de manter coesos dois elementos, contraditórios em relação a ideologia, porém, que através da equipe procuravam manter uma imagem de médicos comunitários.

O faziam ao discutir os projetos e programas voltados para a comunidade.

O comportamento da agente administrativa, combatendo o ex-coordenador, talvez, tenha sido estimulado pela pediatra em uma fase inicial do / conflito.

Não soube reconhecer a posterior aliança entre os dois, mantendo sua opinião até o desfecho do conflito.

A reunião final com um "representante do povo", foi uma forma de manipulação dos usuários do posto e uma forma definitiva de legitimar o médico, a ideologia da medicina comunitária e as decisões da equipe. O secretário de saúde, reafirma os princípios da medicina comunitária, ao voltar atrás na decisão de afetar a pediatra: "a pedido da equipe".

A disputa, que inicialmente parecia ser mais uma "disputa pelo poder", ganha outras dimensões. Houve um choque de duas mentalidades; uma voltada para os cânones da medicina convencional outra para, as inovações da medi-

cina comunitária. Ambas legitimadas a nível de população e aos olhos dos médicos e para-médicos envolvidos.

Em resumo, a equipe, formada por elementos com relações múltiplas na secretaria e na comunidade, evolui para um auto fechamento. As pessoas que não tinham essas relações múltiplas, foram progressivamente afastadas, ou mantiveram relações conflitantes com outros membros. Tivemos no posto, uma t/transferência de poder, gerada dentro da equipe e estimulada por agentes externos, a partir da secretaria de saúde. A consequência dessa transferência de poder foi um conflito entre os médicos que mostrou algumas contradições na proposta da medicina comunitária.

O fato de a ideologia da medicina comunitária não ser integralmente estruturada, dá margens a várias interpretações; estas acabam exigindo / uma legitimação do médico comunitário por parte da equipe, da comunidade e do próprio médico. Interpretações divergentes e rejeição do ato médico comunitário levaram aos conflitos dentro da equipe. A resolução final de conflito entre os médicos veio reforçar a legitimação da medicina comunitária e seu ideal de democracia, pelo secretário de saúde.

Comentaremos algumas questões discutidas anteriormente, tentando obter uma visão de conjunto da comunidade, da aplicação da medicina comunitária e suas implicações. Ao longo dos capítulos algumas conclusões foram tiradas e pretendemos reforçá-las neste capítulo final.

Subdividimos esses comentários em quatro partes: Parte A, resume as conclusões relativas ao posto e seus agentes internos; a parte B, dimensiona a questão política após a experiência de campo, e as partes C e D, dizem respeito ao ideário e a região.

A) Tivemos várias consequências dos problemas relacionados com os migrantes, / os pequenos burgueses, e a disputa pelo poder. Discutiremos os mais relevantes para o posto e para a população.

1) Tensões internas e divisões na equipe

Desde o início passou por momentos de tensão, reagindo ora em conjunto, ora individualmente. Inicialmente essas tensões foram produzidas por elementos de fora, tais como o sub-prefeito, e a equipe do Jardim Conceição. A esse / tipo de interferência sempre houve uma resposta explícita, discutidas e reformadas as atitudes firmes e coesas, que traziam maior união à equipe.

Foi essa a reação aos problemas surgidos com a contrastação da esposa do / diácono, em que a assistência social era contrária, porém, acatou a opinião dos demais. O mesmo aconteceu em sua dispensa, quando a equipe toda concordou, apesar da iniciativa inicial ter sido tomada pela pediatra. Após a concentração do sanitarista para coordenador geral, como ficou dito atrás iniciou-se um processo de divisão interna da equipe. O mote dessa divisão foi a quebra de uma hierarquia, profissional e de tempo de serviço, surgida espontaneamente.

Como consequência dessa quebra rompeu-se o respeito mútuo, e as disputas individuais foram estimuladas.

O processo de reuniões fora do posto que se seguiu e a nomeação de pessoal não qualificada para comissões de importância no planejamento, levaram ao questionamento de toda estrutura e decisões de trabalho interno. Foi necessário realizar rodízios, tendo-se enfermeiros de 15 anos de profissão, realizando trabalho burocrático de forma insuficiente.

Isto também gerou descontentamento e desconfiança quanto a segurança do trabalho realizado. Surgiram questões pessoais que tiveram seu climax na disputa entre os médicos:

## 2) Manipulação externa

Conforme a orientação tomada nos diferentes problemas, invariavelmente houve ensejo para que a secretaria (aparelho médico) interferisse no posto. Desde o início esta interferência foi rechaçada e procurou-se resolver os problemas internos com a própria equipe.

Após a vinda do coordenador geral a situação tornou-se insustentável devido a crescente interferência nos assuntos internos do posto. A reunião com os médicos foi o ponto culminante precipitando a crise antes descrita.

Sob este aspecto as reuniões, ora com médicos, ora com auxiliares de saúde, deu independência a esses dois setores estimulando a rivalidade em alguns postos. Em Aparecidinha esse processo, foi iniciado, porém bloqueado, provavelmente devido a contarmos com três profissionais para-médicos com longos anos de experiência no setor-saúde e acostumados ao trabalho conjunto.

Também a manipulação pelo sub-prefeito foi rechaçada procurando a equipe manter sua independência e autonomia, embora componente do aparelho médico. A secretaria vista como aparelho médico de estado; e o posto como seu componente, tem seu funcionamento regulado e controlado a nível do próprio aparelho de estado. "Acima dos médicos está todo pessoal da administração" (Maria da Glória, 1.975 : 53)-sendo o próprio município, neste caso, que decide a política de saúde e controla sua aplicação.

Enfim como componente da secretaria municipal, automaticamente o posto / torna-se sujeito à manipulação e controle pelo governo municipal e seus assessores

## 3) Assistência Deficiente à população

Ainda relacionado aos eventos sociais e as disputas com o sub-prefeito e devido as divisões internas, tivemos períodos curtos de assistência deficiente à população ou má assistência individual. É o caso do gabinete dentário que seria implantado, porém que não o foi, por desistência da equipe, insegura quanto ao elemento que viria atender. Também interesses ligados a secretaria determinaram a não instalação. Era época em que se cogitava a

a separação definitiva posto/sub-prefeitura.

Também casos enviados pelo sub-prefeito, ou consultas médicas marcadas através da sub-prefeitura foram preteridas, o título de exemplo. Os migrantes, recém chegados, nem sempre tiveram essa condição reconhecida e seus problemas levantados e estudados. Para o posto, esse reconhecimento interfere / prejudicando as visitas domiciliares, e a tentativa de implantação de programas que exigem participação efetiva.

4) Desconfiança em relação a Medicina Comunitária

A somatoria de todos esses fatos, trouxe desconfiança quanto ao valor do / trabalho realizado. Críticas da secretaria quanto ao número de pessoas utilizadas no trabalho; a população não correspondendo a extensão que se pretendia dar à assistência; reclamações quanto ao atendimento e valorização / da consulta médica; revelam uma visão diferente da que a equipe tentava impor. Dentro da própria equipe, dúvidas quanto ao método adotado e os métodos da medicina tradicional apareciam com frequência. O custo e a validade desse tipo de assistência era e é frequentemente questionado. Um dos médicos acredita que não houve baixa na qualidade da medicina empregada, não chegando a colocar em risco a população; porém afirma temeroso: "Talvez / para o brasileiro que mora no sertão do Ceará, que nunca viu um médico pela frente, este tipo de atendimento já seria muito bom. Mas para o brasileiro que mora em um grande centro médico, tem direito ao INAMPS, e ganha alguma coisa por mes, eu tenho lá as minhas dúvidas se este tipo de atendimento não será abaixo do almejado".

B) Baseados na experiência de Aparecidinha, vemos as propostas da saúde comunitária interpretadas na secretaria de saúde municipal e aplicadas na comunidade como prática da democracia plena. A população é ouvida e seus problemas considerados, tendo-se em conta a individualidade e a repercussão de cada ato isolado. Dessa forma o autoritarismo e a imposição de idéias estranhas à comunidade torna-se inadmissível. Dentro do contexto de nossa / realidade esta prática é de difícil realização, quer pelo hábito de aceitar, sem discutir ou duvidar, as relações de um aparelho de estado ou ainda pelo desnível de escolaridade entre os executores dos programas e quem recebera os benefícios e deveria discuti-lo e adaptá-lo à sua realidade, através de sugestões e discussão aberta

A democracia plena proposta., se não chega ao autoritarismo, não se realiza plenamente. A relação posto/comunidade tornou-se de dominação-submissão caracterizando o posto como aparelho de estado.

os executores dos projetos, através de sua educação médica orientada para uma sociedade capitalista, representando uma sub-cultura médica, com / idéias de assistência voltadas para uma sociedade de classes, e provindos de um meio ambiente caracterizado pelo consumo, ao atuarem reproduzem as relações de produção ditados pela ideologia dominante. Os médicos não chegam a atuar como agentes de modificação ao aplicar objetivamente seu saber, assumindo uma postura técnica e neutra em relação ao próprio aparelho de estado.

O posto através da equipe multi-profissional, reúne condições de catalizar as modificações sociais em processo longo e prolongado. Neste particular as tarefas educativas, diretamente ligadas ou não à saúde, assumem caráter prioritário na abordagem da população. Em última análise serão elas que / trarão as modificações de comportamento individual e coletivo, que poderão levar à superação dos problemas comuns.

Existe a pretensão de trabalhar somente guiado pelos princípios da medicina comunitária, comprometidos com as necessidades da população e orientadas pelas resoluções da própria equipe. Na realidade toda equipe e o próprio posto são o prolongamento de um aparelho de estado politicamente determinado, obedecendo e servindo aos interesses de uma política-partidária sujeita a mudanças, em prazos relativamente curtos. A continuidade do trabalho realizado depende da continuidade da administração, uma vez que a prática médica nos postos é determinada pela política de saúde municipal. Em Campinas esta política de saúde existia desde o início da administração Francisco Amaral, embora não explicitada e não expressa de forma escrita. Ao utilizar médicos generalistas, propondo uma rede de atenção primária, a prefeitura abre um mercado de trabalho para estes profissionais, estimulando sua formação e aperfeiçoamento, que de outra forma era acessível aos / especialistas unicamente.

É uma maneira de pressionar as escolas a pensarem em formar médicos com essa orientação. Também concorre para um incremento do mercado de trabalho / das populações periféricas ao estimular a utilização de pessoal da própria

comunidade, auxiliares de saúde. A partir destes elementos o posto e o pró- / prio governo municipal pode ter acesso facilitado aos bairros e as reivindica- ções legítimas de cada comunidade. Por outro lado, podem também servir como / meio de manipulação dessas mesmas populações.

C) A assistência integral a comunidade efetuada por níveis de atendimento é de / difícil realização no Brasil. Primeiro pela diversidade de órgãos prestado- res de assistência médica. O plano nacional de saúde ao responsabilizar as au- tarquias municipais pela atenção médica local, introduz outro órgão para dar essa atenção. Temos INAMPS, medicina privada, empresas médicas em alguns lo- / cais as prefeituras e escolas médicas, oferecendo serviços médicos a popula- ção. As zonas urbanas, pelo acúmulo de postos e ambulatórios oferecem várias alternativas a segurados e não segurados, multiplicando opções, porém não me- lhorando a qualidade do atendimento. Os postos comunitários são mais uma opção nos bairros ou nas zonas rurais.

O sistema de atenção denominada medicina comunitária, para Buesnello, (1.977 : 29 ), é uma forma de atenção situada entre a medicina tradicional e a saúde pública clássica. Os erros resultantes das duas podem ser incorporadas, resul- tando em prejuízos maiores para a população e sua saúde. Os três sistemas / coexistem atualmente, e podemos questionar até onde os usuários desses servi- ços não são confundidos, utilizando-se ora de um, ora de outro, levando a sobre- cargas desnecessárias de pessoal, tempo e numerário; tornando anti-econômico e irracional, não um sistema isolado, mas todo o conjunto. A atenção primária apregoada é muitas vezes exercida, pelos mesmos especialistas que irão tratar os doentes em ambulatórios ou clínicas diferentes. Neste ponto, o mercado de trabalho apenas ampliou-se para o médico, embora o sistema como um todo ofere- ça condições pouco satisfatório para o exercício profissional de um generalis- ta. Segundo Gentile de Mello, (1.977 : 226) a universidade é pressionada pelo mercado de trabalho, formando o elemento mais prestigiado e melhor remunerado- o especialista.

Tentando utilizar-se de médicos generalistas, a medicina comunitária, insurge-se contra a própria evolução do ensino médico, que a cada dia forma mais especia- listas, não só pela determinação do mercado de trabalho, mas também pela pro- fundidade que cada disciplina assume, como consequência das próprias pesquisas. A visão que a medicina comunitária exige da equipe e do médico em particular, é

uma visão socializante de indivíduo; considerando as condições sócio-culturais do mesmo indivíduo, dentro de uma família. Encontramos a mesma visão em sociedade pré-capitalista, tais como entre os Azanda, em que os "adivinhos" procuram curar os males invocando questões sociais. O médico no Brasil, possui uma formação individualizante e organicista preparado para atuar em uma sociedade capitalista. O apelo da medicina comunitária, ao tentar impor um médico de família e pensando em termos sociais, aproxima mais este profissional e a equipe, de um sistema pré-capitalista que de sistemas mais avançados ou pos-capitalistas. Vemos neste fato a origem de um conflito que pode surgir dentro da própria equipe, de acordo com os elementos que a compõem. A própria permissividade e aproximação preconizada com formas alternativas de cura, oficializando ou convivendo com essas formas, e uma maneira de contestar todo o papel e o progresso de uma medicina assentada sobre o método científico e experimental. Ainda a visão socializante leva, ao necessitar de apoio governamental, à própria socialização do médico, tornando-o assalariado.

A este, dentro da equipe, cabe seguir o horário de entrada e saída, atender um número determinado de consultas, exigidas pelas horas/médicas desempenhadas. Essa socialização "proletarização" no dizer de muitos, nem sempre corresponde, as necessidades pessoais do médico, como não o satisfaz profissionalmente, devido a formação que traz da universidade. Dentro de cada posto a presença de alguém que compreenda e faça cumprir essas normas independente da opinião pessoal de cada elemento da equipe, torna-se necessária para a uniformidade de ações. Dai a necessidade de um elemento responsável pelas unidades de saúde ou postos. Este elemento, qualquer que seja sua denominação é indispensável para estabelecer a ordem e propor a organização da equipe. A descentralização, com postos nas localidades a serem atingidas, pressupõe uma centralização burocrática crescente, a medida que aumentam as unidades locais. Há sempre necessidade de de um órgão que contrate e dispense o pessoal; um almoxarifado que controle, distribua e compre os materiais a serem utilizados, etc. Se tomarmos como exemplo a rede de postos estadual, a própria burocracia da secretaria de saúde deve assumir estas funções. O cumprimento da filosofia a ser seguida nos postos deve provir de um órgão central e normativo,

onde tem um lugar assegurado as tecnocratas.

- D) O posto de Aparecidinha manteve durante o período analisado, uma demanda crescente ultrapassando as previsões. Este fato é interpretado como boa aceitação da comunidade pelos serviços que presta. Também a nível de secretaria de saúde, sempre teve seu trabalho reconhecido como de bom nível, servindo como demonstração do trabalho global e de orientação para novos postos.

Reverendo o capítulo terceiro, acreditamos que o sucesso relativo do posto é devido, principalmente, às próprias condições do local. Embora a problemática de limite e os conflitos locais, a população pelo seu isolamento assume um aspecto estrutural de comunidade, sendo menos influenciada pelos acontecimentos da "cidade". As dificuldades para ir ao Centro de / Campinas ou de Sumaré, colocam o posto em uma situação privilegiada para a procura de seus serviços. Aos habitantes, muitas vezes é mais comodo caminhar 2 ou 3 km. que deslocar-se em um ônibus para uma consulta médica ou resolução de algum problema. Embora as criticas antes referidas se apliquem também à equipe de Aparecidinha, julgamos que os fatos demonstram o valor do reconhecimento dos problemas sociais comunitários, e a adequação dos serviços aos locais que irão servir.

Concluindo, Aparecidinha é uma comunidade em processo rápido de mudança. As transformações foram aceleradas pelo fluxo de migrantes e pela decisão de construir núcleo de casas da Cohab (Cidade Anchieta). Muitas observações realizadas até meados de 1.978, hoje apresentam-se modificadas. Um exemplo é o fluxo de migrantes do Paraná, que a nosso / ver aumentou consideravelmente neste último ano. O local de fixação, mudou, indo não só para a coloninha. Hoje vemos muitos deles localizando-se em Matão e em outras zonas de Sumaré. O posto médico social continua recebendo esses elementos e dando assistência.

As condições urbanas de Aparecidinha continuam a modificar-se; será brevemente estendida a rede de telefone. Possivelmente, e já se cogita a construção de uma nova entrada, que se fará necessária após inauguração do novo núcleo habitacional. Quanto as condições políticas, há uma incógnita, com o aumento dos habitantes se abrem novas perspectivas de lideranças locais.

As indústrias e o comércio também sofrem modificações, surgindo a cada mês novas fábricas e novas indústrias menores, sendo incrementado o comércio. Breve com o início da construção da cidade Anchieta um fluxo de operários será recebido, sendo difícil prever as consequências para o posto médico social e para a comunidade.

- E) A proposta da medicina comunitária, enquanto utilizada como projeto de atenção médica buscando solução para, os problemas sociais da comunidade, traz em si, não só contradições, como também uma visão ingênua dos aspectos culturais das populações.

Em primeiro lugar não prevê a complexidade das comunidades, encarando-a como constituída por uma população uniforme e sem conflitos internos.

Nas populações urbanas essa complexidade aumenta, havendo necessidade de adaptação aos diferentes agrupamentos, ou bairros, ou setores. A generalização de um projeto para uma cidade, pode levar a enfoques inadequados em alguns setores. Nas condições atuais a medicina comunitária se ajusta / melhor a populações rurais e totalmente desprovidas de outro tipo de assistência. Em segundo lugar, insiste na participação do povo, nas decisões e no planejamento dos próprios postos e supõe, que isso levará a superação e conscientização dos problemas da comunidade. Esse ideal, mistifica o papel da comunidade e da equipe no desenvolvimento da própria comunidade, desvinculando-a do processo social global da cidade e do país.

Também o papel da equipe, desde os médicos até os auxiliares de saúde, sofre essa mistificação, sendo-lhes atribuído, papéis que por vezes não estão preparados para desempenhar. Assim a relação equipe/comunidade, tendo o posto como respaldo, assume um caráter irreal, havendo forte dissociação entre o que se planeja, o que se faz e o que se mostra.

- F) As contradições, os conflitos e todos os possíveis erros, não foram obstáculos suficientes para impedir que a medicina comunitária fosse implantada definitivamente em Campinas. A pureza de seu ideal contaminou os executores, que usaram como divisa os versos de Agostinho Neto "Não basta que sejam puras e justas nossas intenções é preciso que a pureza e a justiça estejam dentro de nós".

- 1- Arouca, S.  
"Introdução à crítica do setor saúde" - Nemesis nº 1, 1.975.
- 2- Bastos, Melo C. Brito - Américo P. Cordeiro  
Seminário sobre "a formação do médico generalista". Medicina da família - Medicina da comunidade - 1.978
- 3- Both, Elizabeth  
Família e rede social - Livraria Francisco Alves Rio - 1.975
- 4- Ceitilin, Júlio  
Medicina de La Comunidad - 1.978
- 5- Cordeiro, H. A.  
A participação do município no Sistema Nacional de Saúde - I encontro Municipal setor saúde. 1.978
- 6- Domingues, José R. et Al  
Simpósio Internacional de Medicina General / familiar y comunitária, 1.976
- 7- Desenvolvimento no Brasil do Programa de Saúde Materno-Infantil - AMRD 1373 - maio- 1.978
- 8- Donnangelo, Cecilia  
Saúde e Sociedade - Livraria Duas Cidades 1.977
- 9- Durhan, Eunice  
A caminho da cidade - 1.973
- 10- Durkheim, Emilê  
As regras do método sociológico - 1.973
- 11- Ferrari, Afonso Trugillo  
Metodologia da ciência - Keneddy Editora - 1.974
- 12- Firth, Raymond  
Elementos de Organização Social - Zahar Editora - 1.974
- 13- Fry, Peter H.  
Manchester , século XIX e São Paulo, século XX - Dois movimentos religiosos
- 14- Fry, Peter H.  
Tese de doutoramento -

- 15- Gluckman, Max  
Analysis of a social situation in modern zululand - 1.943
- 16- Gluckman, Max  
Essays on the ritual of social relations - 1.966
- 17- Goode, Willian T.  
A familia - 1.970
- 18- Guimarães, Alba  
Desvendando máscaras sociais - Livraria Francisco Alves Rio - 1.975
- 19- Governo Estado Rio Grande do Sul - Secrataria de saúde  
o projeto do sistema de saúde comunitária - 1.977
- 20- Ilich, Ivam  
A expropriação da saúde - Editora Nova Fronteira - 1.975
- 21- Jacobs, Glim & George, Brajeller - N.Y.  
The Participant Observer - 1.975
- 22- Levy - Strauss, Claude  
A noção de estrutura em etnologia - Abril Cultural - 1.976
- 23- Lewis, Oscar  
La vida - Introdução - Randon House N.Y.
- 24- Luz, Madel T.  
As instituições médicas no Brasil - Graal - 1.979
- 25- Machado, Roberto & Outros  
Danação da Norma - Graal - 1.978
- 26- Malinowski, B.  
Argonautas do Pacífico Ocidental - Abril Cultural - 1.978
- 27- Marlet, José Maria  
Saúde da Comunidade - Editora Mec Graw - Hill do Brasil - 2º Ed.
- 28- Matta, Roberto da  
O ofício do etnólogo, ou como ter anthropological Blues  
Boletim Museu Nacional - Ant. nº 27 - maio - 1.978
- 29- Mello, Carlos Gentile  
Saúde e Assistência Médica no Brasil - Hucitic - 1.977

- 30- Newel, H.H.  
La salud por el pueblo - OMS - 1.975
- 31- Paim, Jairnilson S.  
Medicina Comunitária - Introdução a uma análise crítica - saúde em debate nº1 197
- 32- Perlineau, Janice  
O mito da Marginalidade Urbana - Paz e Terra - 1.977
- 33- Pelegrine, A. et Al  
A medicina comunitária, a questão social urbana e a marginalidade social - saúde e a medicina no Brasil - 1.978 p/ Reinaldo Guimarães
- 34- Pereira, Luiz  
Populações "Marginais"- Livraria Duas Cidades - 1.978
- 35- Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma rede de serviços - Programa de Paulínia - Unicamp - 1.972
- 36- Poulantzas, Nico  
As classes sociais no capitalismo de hoje - Zahar Editora - 2ª Ed. - 1.976
- 37- Evans, Pritchard  
Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande - Zahar Editora - 1.978
- 38- Queiroz, Marcos  
Representações de doenças e instituições de cura numa aldeia de pescadores  
1.978 - Tese de Mestrado - Unicamp.
- 39- Radcliffe, Brown  
Estrutura e Função na Sociedade Primitiva - Editora Vozes - 1.973
- 40- Ramos, Célia L.  
A gente do Londres - Tese de Mestrado - Unicamp - 1.976
- 41- Real Instituto Antropologia da Grã-Bretanha e Irlanda  
Guia Prático de Antropologia - Editora Cultrix - 1.971.
- 42- Ribeiro da Silva, Maria da Glória -  
Prática médica, Dominação e submissão- Zahar 1.976
- 43- Secretaria Municipal de Saúde  
Relatório semestral das atividades do Posto Médico Social de Nova Aparecida
- 44- Rosa, M.A.  
Patologia Social - Bil. Ciências Sociais - 1.978 - 4ª Ed.

- 45- Severino, Joaquim  
Metodologia do Trabalho Científico - Cortez e Moraes - 1.975
- 46- Singer, Paul ; Campos O; Oliveira, E.  
Prevenir e Curar - O Controle social através dos serviços de saúde -  
Forense-Universitaria - 1.978
- 47- Soler, Eduardo  
A saúde na dinâmica do desenvolvimento - OPS/OMS.
- 48- Schwarz, Roberto  
Ao vencedor as batatas - SP. - Livraria Duas Cidades - 1.977
- 49- Turner, Victor  
Social Dramas and Ritual Metaphors - Cornell - Universidade - 1.974
- 50- Valentine, Charles  
La cultura de la pobreza - Amorrortu - Buenos Aires - 1.971
- 51- Van, Velsen  
The extended case method and Situational Analysis in craft of social  
anthropology - Londres - Tavistock - 1.967
- 52- Velho, Gilberto  
Desvio e Divergência - Zahar Editora
- 53- Velho, Ivone Maggie Alves  
Guerra de Orixá - Um estudo de ritual e conflito - Zahar Editora
- 54- Wirth, Louis  
"A comunidade" - Objeto central do estudo ecológico in Estudos de Ecologia  
humana - D. Pierson - 1.970