

SORAIA DORNELLES

**TECNOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO
POPULAR EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA
DO PLANALTO SERRANO**

**FLORIANÓPOLIS – BRASIL – SC
2001**

FICHA CATALOGRÁFICA

©reprodução autorizada pelo autor

Dornelles, Soraia

Tecnologia de Participação popular em Saúde: a experiência do Planalto Serrano / Soraia Dornelles Schoeller – Florianópolis, 2001.

Tese (doutorado) – Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de Pesquisa: PEN-UFSC "Processo de Trabalho em Saúde"

Orientadora: Dra. Maria Tereza Leopardi

Co-orientador: Dr. João Carlos Caetano

05 de Fevereiro de 2001


TECNOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:
A EXPERIÊNCIA DO PLANALTO SERRANO

SORAIA DORNELLES SCHOELLER

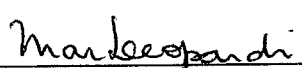
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

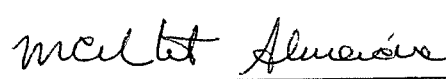
Doutor em Enfermagem


E aprovada na sua versão final em 05 de fevereiro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem.

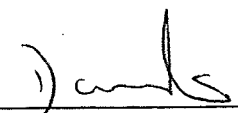

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

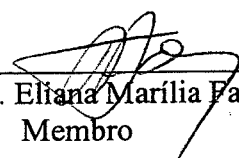
BANCA EXAMINADORA:

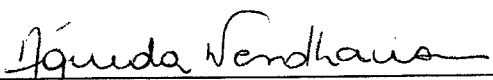

Dra. Maria Tereza Leopardi
Presidente



Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida
Membro


Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
Membro


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro


Dra. Eliana Marília Faria
Membro


Dra. Agueda Lenita Pereira Wendhausen
Membro Suplente


Dra. Beatriz Beduschi Capella
Membro Suplente

TECNOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PLANALTO SERRANO

Vinculada à linha de pesquisa da PEN/UFSC "Processo de Trabalho em Saúde", relacionada à linha de pesquisa do CNPQ/CAPES "Tecnologias de Saúde e Enfermagem"

Por

SORAIA DORNELLES

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Doutor em Filosofia de Enfermagem

FLORIANÓPOLIS – BRASIL – SC

2.001

Para minha mãe

Para Adúcio

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RESUMO

Autor: Soraia Dornelles

Orientador: Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

Co-Orientador: Dr. João Carlos Caetano

Título: **Tecnologia de Participação Popular em Saúde: a Experiência do Planalto Serrano**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 05/02/2001

Este estudo é fruto da experiência de implantação de uma tecnologia de participação popular em saúde, desenvolvida nos municípios da Região do Planalto Serrano, Santa Catarina, entre os anos de 1993 e 1999. Tem como objetivos analisar a contribuição da **tecnologia de participação popular em saúde**, construída nos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina, na resolução dos problemas de saúde locais; analisar a consistência entre os problemas de saúde listados nos Seminários de Saúde e indicadores epidemiológicos; verificar se a **tecnologia de participação popular em saúde** contribuiu para inclusão dos diversos setores locais nos eventos relacionados à questão saúde no município. Parto da tese de que **as políticas públicas, particularmente no caso da saúde, devem ter como base a participação de todos, pois, somente quem vive uma situação quotidianamente, sabe de seus problemas e tem possibilidade de solucioná-los**. Cabe ao serviço público de saúde (em especial, técnicos em saúde e sociedade política) possibilitar essa participação popular. A metodologia usada, tanto para a elaboração desta tese, quanto a realizada durante a construção da Tecnologia de Participação Popular em Saúde (TPPS), foi a da pesquisa ação. Através da reflexão consubstanciada nesta tese, sobre a TPPS por nós construída, chegamos às

premissas de algumas premissas inerentes à essa tecnologia, quais sejam, o saber local, o poder local, e o controle social. Premissas essas que devem ser perpassadas pela realização de relações fraternas e igualitárias.

FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT
GRADUATE COURSE IN NURSING

ABSTRACT

Author: Soraia Dornelles

Adviser: Nurse Dr^a Maria Tereza Leopardi

Co-adviser: Dr. João Carlos Caetano

Title: **Popular Participation Technology in Health Care: a "Região Serrana" Experience**

The present study is based upon a popular participation technology in health care developed between 1993-1999, in "Região Serrana" place, Santa Catarina State, Brazil, with the meaning: a) to analyze the contribution of this technology to solve local health care problems. b) To analyze the relative importance of health care problems identified by health care seminars and epidemiological indicators. c) To verify the relative importance of the popular participation technology in health care to modify health care goals in local or regional meetings. My thesis is: Health care policies must be dictated by overall participation since the only way to properly solving a problem is living it. So, the objective of public health police should be to facilitate popular participation. Case study methodology was used to elaborate the present thesis and an action-research methodology was used to construct the popular participation technology in health care. TTPS is a useful tool to analyze the relative importance of local knowledge and believing, power distribution and social control in health care policies and decision-makings.

Agradecimentos

Este trabalho é fruto do esforço de muitas pessoas, especialmente:

Nalu, Ecilda, Léa, Jane, Tetê, Padre Dilmar, Andrade, Cristiane,
Professor Guilherme, Maria,
Aneida, Maria Teresa, Carmen, Mareci, Évila, Sérgio, Luís Cláudio,
Carlos Schoeller, Dr. Prisco

Secretários Municipais de Saúde, Prefeitos do Planalto Serrano e
AMURES – Associação dos Municípios da Região Serrana

Equipe da XV Regional de Saúde

Equipe da Gerência de Planejamento em Saúde da Secretaria de
Estado da Saúde de Santa Catarina e da Diretoria de Planejamento da
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, especialmente Selma
e Teti

Caetano, co-orientador

Grupo PRÁXIS,

Companheiros de trabalho

A todos vocês, muito obrigada. Esta tese tem um pouco de cada um

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRAT	v
AGRADECIMENTOS	vi
LISTA DE DIAGRAMAS	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE MAPAS	xiv
LISTA DE GRÁFICOS	xvi
LISTA DE ANEXOS	xviii
APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO – SITUANDO O PROCESSO	05
CAPÍTULO I – O TEMPO, O LUGAR E AS PESSOAS	13
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	20
2.1 – Seleção do Local a ser Realizado o Projeto da Organização Pan Americana de Saúde	22
2.2 – Nível de Envolvimento do Pesquisador com os Sujeitos da Pesquisa	23
2.3 – Teorização do Processo	24
2.4 – Descoberta do Universo Vivido pelos Participantes	25
2.5 – Universo de Estudo	29
2.6 – Instrumentos de Pesquisa	29
a) Dados Oficiais	29
b) Seminários de Saúde	30
c) Questionário	30
2.7 – Aproximação da Realidade Através da Síntese	30

2.8 – A Verificação do Processo	31
2.9 – O CAMINHO INICIAL PERCORRIDO	32
CAPÍTULO III – O PROCESSO E O RESULTADO DOS PRIMEIROS SEMINÁRIOS DE SAÚDE	52
3.1 – Problemas Listados no Primeiro Seminário de Saúde – PSS	71
3.1.1 – A síntese dos Problemas Listados no PSS	92
3.1.1.1 – Problemas relacionados à demografia	93
a) Crescimento Populacional	95
b) Diminuição do Número de Habitantes	96
c) Diferença entre população estimada e população encontrada	99
d) Mudança no Perfil Populacional	102
e) População Flutuante	104
f) Taxa de Urbanização	104
3.1.1.2 – Problemas Relacionados à Agricultura e Pecuária	107
3.1.1.3 – Problemas Relacionados à Saúde	110
a) Assistência à Saúde da Região Serrana	118
b) Agravos à Saúde no Planalto Serrano	124
b.1) Uso de Drogas e Álcool	125
b.2) Gravidez na Adolescência	126
b.3) Quanto aos Principais Agravos de Internação Hospitalar	128
c) Saneamento Básico	143
d) Imunopreveníveis	145
e) Assistência Pré, Trans e Pós Natal	146
f) Neoplasias Preveníveis	147
g) Fome	147
h) Intoxicação por Agrotóxicos	149
i) Hipertensão	150
j) Agravos de Notificação Compulsória	152
l) Mortalidade	155
m) Esperança de Vida ao Nascer	170

3.1.1.4 – Problemas Relacionados ao Setor Educação	171
3.1.1.5 – Problemas Relacionados ao Setor Transportes	175
3.1.1.6 – Problemas Relacionados à Economia	176
3.1.1.7 – Problemas Relacionados à Organização Popular	183
3.1.1.8 – Problemas Relacionados à Assistência Social	185
3.1.1.9 – Problemas Relacionados à Infra Estrutura	186
a) Déficit habitacional	187
3.1.1.10 – Algumas Considerações Sobre a Quantidade de Dados e de Problemas Relatados	189
a) Articular com o Setor Público da Educação	190
b) Articular com o Grupo de Alcoólicos Anônimos	191
c) Articular com a EPAGRI e SES/SC	191
d) Articular com a Secretaria de Estado dos Transportes e Obras	191
e) Articular com as Prefeituras Locais	191
f) Articular com a CASAN e SEDUMA	192
g) Reorganização dos Serviços Regionais de Saúde	192
CAPÍTULO IV – REFLETINDO SOBRE ALGUNS PROBLEMAS RESOLVIDOS	198
CAPÍTULO V – OS PRINCÍPIOS RESULTANTES DA TECNOLOGIA	211
CONSIDERAÇÕES FINAIS	229
BIBLIOGRAFIA	232
ANEXOS	

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Representação esquemática da dinâmica utilizada no PSS	68
Diagrama 2 - Representação esquemática do fluxo das informações	69
Diagrama 3 - Representação esquemática dos momentos da estrutura do PSS	70
Diagrama 4 - Representação esquemática do PSS e Seminários subsequentes	196
Diagrama 5 - Categorias componentes da TPPS na detecção, priorização e resolução dos problemas de saúde	211

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de habitantes segundo o município – Planalto Serrano, 1999	18
Quadro 2 – Dinâmicas dos Seminários	50
Quadro 3 – Participação no PSS por setores sociais , 1994-1996	56
Quadro 4 – Problemas citados no PSS de Anita Garibaldi -1994	71
Quadro 5 - Problemas citados no PSS de Bocaina do Sul - 1996	73
Quadro 6 - Problemas citados no PSS de Bom Jardim da Serra - 1994	74
Quadro 7 - Problemas citados no PSS de Campo Belo do Sul - 1994	76
Quadro 8 - Problemas citados no PSS de Celso Ramos - 1994	78
Quadro 9 - Problemas citados no PSS de Cerro Negro - 1994	79
Quadro 10 - Problemas citados no PSS de Correia Pinto - 1994	81
Quadro 11 - Problemas citados no PSS de Lages - 1994	83
Quadro 12 - Problemas citados no PSS de Otacílio Costa - 1994	84
Quadro 13 - Problemas citados no PSS de Ponte Alta - 1994	86
Quadro 14 - Problemas citados no PSS de Rio Rufino - 1994	87
Quadro 15 - Problemas citados no PSS de São José do Cerrito - 1994	88
Quadro 16 - Problemas citados no PSS de Urupema - 1994	90
Quadro 17 - Problemas listados no PSS	92
Quadro 18 – Problemas relacionados à demografia listados no PSS – Municípios da Região Serrana – 1994-1996	94
Quadro 19 – População total nos municípios da AMURES – anos de 1950 – 1970 – 2.000	98
Quadro 20 – Número de menores de 5 anos e cobertura vacinal segundo população estimada pelo IBGE – municípios da AMURES - agosto/94	101
Quadro 21 – Principais problemas relacionados à agricultura e pecuária – Municípios da Região Serrana - AMURES	108
Quadro 22 – Coeficiente de Gini Geral e Rural - micro regiões de Santa Catarina e países	109

Quadro 23 – Principais problemas relacionados ao setor saúde - Assistência – municípios da Região Serrana – SC - 1999	111
Quadro 24 – Serviços de epidemiologia desenvolvidos pelo setor público nos municípios da AMURES	113
Quadro 25 – Serviços de Vigilância Sanitária desenvolvidos pelo setor Público nos municípios do Planalto Serrano - AMURES - 1995	115
Quadro 26 - Serviços ambulatoriais desenvolvidos pelo setor Público nos municípios do Planalto Serrano – AMURES - 1995	116
Quadro 27 – Serviços de Laboratório do setor dos Municípios do Planalto Serrano – AMURES - 1995	117
Quadro 28 – Problemas relacionados à incidência de agravos, Planalto Serrano, 1996	124
Quadro 29 - % de alunos das escolas públicas de SC que já usaram álcool ou drogas , 1993	126
Quadro 30 – Proporção de partos em menores de 19 anos, municípios AMURES e Santa Catarina – 1994 a 1997	127
Quadro 31 – Percentual de internação por causa CID Região Serrana SC, 1999	133
Quadro 32 – Internações hospitalares por baixa cobertura de ações de saneamento básico segundo a faixa etária, Região Serrana e Estado - SC, 1999	144
Quadro 33 – Internações hospitalares por baixa cobertura de imunização segundo a faixa etária, Região Serrana e Estado - SC, 1999	145
Quadro 34 – Internações hospitalares por agravos relacionados à assistência pré, trans e pós natal, segundo a faixa etária, Região Serrana e Estado - SC, 1999	146
Quadro 35 – Internações hospitalares por neoplasias preveníveis segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado - SC, 1999	148
Quadro 36 – Internações hospitalares por agravos carenciais segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado - SC, 1999	148
Quadro 37 – Internações hospitalares por intoxicação por agrotóxico segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado - SC, 1999	150
Quadro 38 – Internações hospitalares por hipertensão segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado - SC, 1999	151
Quadro 39 - Incidência casos notificados por 100.000 habitantes de agravos de notificação compulsória segundo o município do Planalto Serrano - Semanas 1 a 36 , 1999	153
Quadro 40 – Frequência absoluta e relativa dos óbitos, segundo a causa CID 10, em menores de 5 anos, municípios do Planalto Serrano – SC - 1998	165
Quadro 41 – Frequência absoluta e relativa dos óbitos na faixa etária entre 15 a 49 anos, segundo a causa CID 10 – Municípios do Planalto Serrano, 1998	167
Quadro 42 – Frequência absoluta e relativa dos óbitos, segundo a causa CID 10, na faixa etária entre 50 a 64 anos, Municípios do Planalto Serrano, 1998	168

Quadro 43 – Frequência absoluta e relativa dos óbitos, segundo a causa CID 10, na faixa etária de mais de 70 anos – municípios do Planalto Serrano, 1998	169
Quadro 44 – Esperança de Vida ao Nascer, segundo Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1998	171
Quadro 45 – Problemas listados no PSS do setor educação – Municípios do Planalto Serrano – 1994-1996	172
Quadro 46 – Problemas relativos ao setor Transportes – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 - 1996	175
Quadro 47 – Problemas relacionados à Economia – Seminários de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 - 1996	177
Quadro 48 – Produto Interno Bruto per capita do Brasil, por Regiões e Santa Catarina, 1985 - 1997	180
Quadro 49 – Problemas relacionados à Organização Popular – Seminários de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 - 1996	184
Quadro 50 – Problemas relacionados à Assistência Social – Seminários de Saúde dos Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 -1996	186
Quadro 51 – Problemas listados relacionados à infra Estrutura – Seminário de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 - 1996	186
Quadro 52 – Percentual de Propriedade do domicílio da população amostrada urbana de Santa Catarina e das Mesorregiões - 1994	188
Quadro 53 – Estado de conservação dos domicílios da população amostrada urbana – SC e mesorregiões - 1994	188
Quadro 54 – Tipo de domicílio da população amostrada urbana/SC por mesorregiões - 1994	188
Quadro 55 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Bocaina do Sul - 1997	299
Quadro 56 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 54 – Bocaina do Sul - 1999	200
Quadro 57 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Campo Belo do Sul - 1997	201
Quadro 58 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 56 – Campo Belo do Sul - 1999	201
Quadro 59 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Correia Pinto - 1997	202
Quadro 60 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 58 – Correia Pinto – 1999	203
Quadro 61 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Otacílio Costa - 1997	203
Quadro 62 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 60 – Otacílio Costa - 1999	204
Quadro 63 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em São Joaquim - 1997	205
Quadro 64 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 62 – São Joaquim - 1999	205

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Representação da situação geográfica do Planalto Serrano	17
Mapa 2 – Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a terceira dose de DPT – difteria, tétano e pertussis – municípios da AMURES	100
Mapa 3 – Grau de urbanização das Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1991	105
Mapa 4 - Grau de urbanização dos municípios de Santa Catarina, 1991	105
Mapa 5 – Grau de urbanização dos Estados brasileiros, 1997	106
Mapa 6 – Proporção habitante/unidade de saúde básica do SUS – Municípios AMURES – SC - 1999	118
Mapa 7 – Produção ambulatorial habitante/ano - Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1999	119
Mapa 8 – Produção ambulatorial habitante/ano – AIH - municípios da AMURES, Santa Catarina, 1999	120
Mapa 9 – Consulta odontológica (1,0 consulta hab/ano) Municípios de SC, 1998	121
Mapa 10 – Unidade do PSF, municípios de SC, 1998	121
Mapa 11 – Consulta médica básica habitante/ano, municípios de SC, 1998	122
Mapa 12 – Procedimentos de AVEIANM habitante/ano, municípios de Santa Catarina, 1998	122
Mapa 13 – Relação leito por 1.000 habitantes, municípios Santa Catarina, 2.000	129
Mapa 14 – Distribuição de hospitais por município, Santa Catarina, 2.000	130
Mapa 15 – Percentual de internações hospitalares sobre a População, Regionais de Saúde, SC, 1999	131
Mapa 16 – Percentual de internações hospitalares sobre a População, municípios da AMURES, 1999	131
Mapa 17 – Percentual de internações hospitalares por doenças Infecto contagiosas sobre o total de internações, Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1999	134
Mapa 18 – Percentual de internações hospitalares por doenças Infecto contagiosas sobre o total de internações, Municípios da AMURES, SC, 1999	134
Mapa 19 – Proporção de internamentos em menores de 1 ano sobre a	

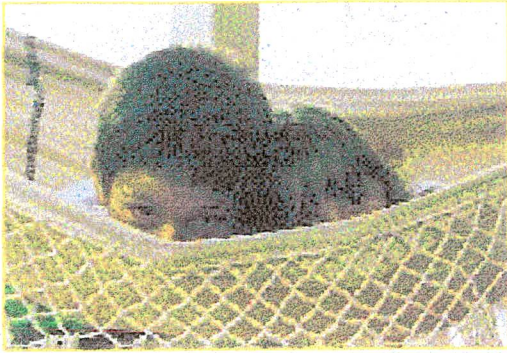
população menor de um ano, municípios da AMURES, 1999	139
Mapa 20 - Proporção de internamentos em menores de 1 ano sobre a população menor de um ano, Regionais de Saúde de Santa Catarina, 1999	140
Mapa 21 – Coeficiente de Mortalidade Infantil – 1.000NV nos Estados Brasileiros, 1998	156
Mapa 22 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (1.000NV) Santa Catarina, 1998	157
Mapa 23 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por infecto parasitárias, segundo a regional de Saúde – Santa Catarina, 1998	158
Mapa 24 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por infecto parasitárias, municípios da AMURES, 1998	159
Mapa 25 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por doenças respiratórias, SC, 1998	160
Mapa 26 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por doenças respiratórias, Municípios do Planalto Serrano, 1998	161
Mapa 27 – Percentual de óbitos por mal definidas em menores de 1 ano, Regionais de Saúde de Santa Catarina, 1998	162
Mapa 28 – Percentual de óbitos por mal definidas, municípios do Planalto Serrano, Santa Catarina, 1998	162
Mapa 29 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 5 anos por 1.000 NV, Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1998	163
Mapa 30 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 5 anos por 1.000 NV, Municípios da AMURES, Santa Catarina, 1998	164
Mapa 31 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados – Estados Brasileiros, 1997	173
Mapa 32 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados, Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1996	174
Mapa 33 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados, Municípios da AMURES, SC 1996	174
Mapa 34 – Percentual de estabelecimentos rurais com área menor a 10 ha, segundo o município, Santa Catarina, 1995/96	178
Mapa 35 – Percentual de propriedades rurais com área entre 10 e 100 ha, municípios de Santa Catarina, 1995/96	178
Mapa 36 – Percentual de estabelecimentos rurais com área maior de 100 ha, municípios de Santa Catarina, 1995/96	179
Mapa 37 – Participação percentual das Regionais de Saúde sobre a arrecadação total do ICMS, Santa Catarina, 1998	180
Mapa 38 – Receita Municipal de arrecadação própria – Valor habitante/ano, Santa Catarina, 1998	182

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação no PSS – Região Serrana	56
Gráfico 2 – Crescimento populacional 80/2.000 – Planalto Serrano	95
Gráfico 3 – Participação percentual por faixa etária – Região Serrana , Florianópolis e Joinville – Santa Catarina – 2.000	102
Gráfico 4 – Percentual de internações por doenças do aparelho Respiratório, municípios AMURES/SC, 1999	135
Gráfico 5 - Percentual de internações por doenças do aparelho circulatório, municípios AMURES, 1999	136
Gráfico 6 – Percentual de internações segundo a faixa etária, Municípios da AMURES, 1999	139
Gráfico 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil – 1.000NV – Municípios da AMURES, Santa Catarina, 1989, 1990, 1994, 1998,	157
Gráfico 8 – Percentual População X Percentual ICMS – Regionais de Santa Catarina, 1998	181

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1 – Roteiro para a discussão no PSS
- Anexo 2 – Folha para o preenchimento dos problemas e a colocação das soluções e caminhos
- Anexo 3 – Categorização dos problemas selecionados conforme as instituições e órgãos responsáveis pela sua solução
- Anexo 4 – Questionário aplicado aos monitores
- Anexo 5 – Informativo dos problemas priorizados no Seminário de saúde, exemplo de Anita Garibaldi
- Anexo 6 – Levantamento de problemas e soluções destes
- Anexo 7 – 1º Diagnóstico do Projeto “Análise da Situação de Saúde segundo condições de vida – AMURES – 1994”
- Anexo 8 – Relação dos códigos de diagnósticos de internações, agrupados segundo a qualidade dos serviços de atenção básica prestados



Sugestão

*Antes que venham ventos e te levem do peito o amor - este tão belo amor,
que deu grandeza e graça à tua vida - ,
faze dele, agora, enquanto é tempo, uma cidade eterna, e nela habita.*

*Uma cidade, sim. Edificada. Nas nuvens, não - no chão por onde vais,
e alicerçada, fundo, nos teus dias, de jeito assim que dentro dela caiba o mundo inteiro:
as árvores, as crianças, o mar e o sol, a noite e os passarinhos, e sobretudo caibas tu,
inteiro: o que te suja, o que te transfigura, teus pecados mortais, tuas bravuras,
tudo afinal o que te faz viver e mais tudo o que, vivendo fazes.*

*Ventos do mundo sopram; quando sopram, ai, vão varrendo, vão, vão carregando
e desfazendo tudo o que de humano existe erguido e por ventura grande, mas frágil,
mas finito como as dores, porque ainda não ficando -
qual bandeira feita de sangue, sonho, barro e cântico - no próprio coração da eternidade.
Pois de cântico e barro, sonho e sangue, faze de teu amor uma cidade,
agora, enquanto é tempo.*

*Uma cidade onde possas cantar quando o teu peito parecer, a tí mesmo, o ermo de
cânticos; onde possas brincar sempre que as praças que percorrias, dono de inocências,
já se mostrarem murchas, de gangorras cobertas de musgo, ou quando as relvas da vida,
outrora suaves a teus pés, brandas e verdes já não se vergarem à brisa da manhã.*

*Uma cidade onde possas achar, rútila e doce, a aurora que na treva dissipaste;
onde possas andar como uma criança indiferente a rumos:
os caminhos, gêmeos todos ali, te levarão a uma aventura só - macia, mansa -
e hás de ser sempre um homem caminhando ao encontro da amada, a já bem-vinda,
mas, porque amada, segue a cada instante chegando - como noiva para as bodas.*

*Dono do amor, és servo. Pois é dele que o teu destino flui, doce de mando:
A menos que este amor, conquanto grande, seja incompleto. Falte-lhe talvez um espaço,
em teu chão, para cravar os fundos alicerces da cidade.*

*Ai de um amor assim, vergado ao vínculo de tão amargo fado: o de albatroz nascido para
inaugurar caminhos no campo azul do céu e que, entretanto, no momento de alçar-se para
a viagem, descobre, com terror, que não tem asas.*

*Ai de um pássaro assim, tão malfadado a dissipar no campo exíguo e escuro onde
residem répteis: o que trouxe no bico e na alma - para dar ao céu.*

*É tempo. Faze tua cidade eterna, e nela habita: antes que venham ventos, e te levem do
peito o amor - este tão belo amor que dá grandeza e graça à tua vida*

Thiago de Mello

Apresentação

Esta tese é fruto da experiência de implantação de uma tecnologia de participação popular em saúde, desenvolvida nos municípios da Região do Planalto Serrano, Santa Catarina, entre os anos de 1993 e 1999.

Seu caminho é diverso daqueles normalmente trilhados, pois aqui, ao invés de partirmos de uma teoria previamente dada à sua experimentação, nosso ponto de partida foi uma experiência prática e, a partir dela, buscamos a reflexão teórica, durante e após a sua realização. Tem, por isso, as dores e as delícias de ser construída passo a passo.

Um grande empecilho para a elaboração dessa tese foi exatamente o de como transformar em linguagem acadêmica e científica, algo que era de domínio cotidiano, ou, como costumeiramente chamado, empírico. Na tentativa de adequar o “comum” ao “acadêmico”, optei por escrever esta tese em forma de relato dos acontecimentos, com a devida reflexão teórica na medida em que a mesma fosse sendo solicitada.

Outra descoberta no decorrer do trabalho realizado e, que gerou a presente tese, foi a de que seu campo de reflexão teórica e sua atuação prática permeavam o interstício de duas áreas do setor saúde: a da epidemiologia e a de planejamento. Como poderá ser percebido no decorrer desse trabalho, transito entre o planejamento de políticas públicas, em particular as de saúde, e a aplicação do instrumental epidemiológico para o planejamento dessas políticas. Espero não ter rompido com nenhum pressuposto dessas áreas, que considero vitais à conformação do locus saúde.

Essa tese compõe um todo. Sua leitura parcial não possibilita o entendimento do processo vivido na sua integralidade, composto de começo, meio

e, neste trabalho específico, fim. Mesmo assim, ela não consegue explicitar a riqueza do processo vivenciado, apesar da minha tentativa.

Após estas considerações, vejamos as questões centrais desta tese. A questão norteadora para sua elaboração foi:

Como construir um processo de participação popular que possa enfrentar os problemas locais de saúde desde sua detecção até sua resolução?

Esta questão da tese originou-se na experiência realizada e relatada nos primeiros capítulos, nos quais consta a discussão sobre a definição do problema. Neste momento, para melhor compreensão do trabalho, apresento os objetivos da presente tese, quais sejam:

1. analisar a contribuição da **tecnologia de participação popular em saúde** construída nos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina na resolução dos problemas de saúde locais.
2. analisar a consistência entre os problemas de saúde listados nos Seminários de Saúde e indicadores epidemiológicos¹.
3. verificar se a **tecnologia de participação popular em saúde** contribuiu para inclusão dos diversos atores sociais locais nos eventos² relacionados à questão saúde no município.

Parto da tese de que as políticas públicas, particularmente no caso da saúde, devem ter como base a participação de todos, pois, somente quem vive uma situação quotidianamente, sabe de seus problemas e tem

¹ Os indicadores epidemiológicos utilizados estão detalhados no documento intitulado “Análise da Situação de Saúde”, de autoria de Dornelles & Julio, de junho de 1997, apresentado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Funda-se nos critérios de fácil acesso as fontes de dados, fácil entendimento por parte dos técnicos em saúde e fácil manuseio.

² Entendido como toda a organização coletiva e local que tem como objetivo a reflexão e ação relacionada à questão saúde.

possibilidade de solucioná-los. Cabe ao serviço público de saúde (em especial, técnicos em saúde e sociedade política) possibilitar essa participação popular.

A presente tese está dividida em 6 capítulos. No capítulo I, intitulado “**O tempo, o lugar e as pessoas**”, a experiência já mencionada na introdução, passa a ter um rosto, no sentido de que seu início é relatado, e a experiência torna-se prática em um local geograficamente delimitado e habitado por pessoas.

O capítulo II compreende a metodologia adotada, tanto no desenvolvimento do trabalho, quanto na elaboração da presente tese.

Nos capítulos III a V, relato o processo experienciado, desde seus desdobramentos práticos até sua reflexão teórica, sejam estes relacionados à área específica do planejamento em saúde, ou ao instrumental epidemiológico e estatístico. Reforço que as análises teóricas partem da necessidade da análise de problemas práticos, experimentados no decorrer da implantação da tecnologia de participação popular em saúde.

É no capítulo VI que abstraio completamente da experiência para, aí sim, descobrir os pressupostos que nortearam a elaboração desta tese, a qual, como indiquei no início da introdução, seguiu um caminho avesso, pois seus princípios foram colocados ao final da experiência e não o contrário, como era de se esperar.

As considerações finais constam do último capítulo. Mas, se encararmos a experiência tal como foi vivenciada, saberemos que estas considerações nem são tão finais assim, pois o processo não acabou e ,sua delimitação temporal segue, muito mais, um requisito de aceitação acadêmica, não refletindo a prática cotidiana, seja deste trabalho, ou dos serviços de saúde de um modo geral.

Espero, sinceramente, contribuir com a discussão atual, e eterna, acerca da inserção das políticas públicas e de saúde no cotidiano das pessoas.

Introdução

Situando o processo

Cabe-me aqui a tarefa de transformar em palavras, escritas e inteligíveis, a experiência de participação popular em saúde realizada em alguns municípios de Santa Catarina, situados no Planalto Serrano e, analisar teoricamente essa experiência - que ainda persiste, apesar dos obstáculos, devido ao empenho coletivo e individual de trabalhadores da área da saúde, representantes de entidades não governamentais e governamentais, todos eles moradores da Região.

Nas últimas décadas, vimos o florescer de diversas experiências de participação comunitária², mas esta, vivenciada por nós na Região Serrana, é única, dado o grande envolvimento de todos os segmentos sociais (sociedade civil e política, além dos técnicos dos setores públicos), as formas alternativas de enfrentamento dos problemas locais e as mudanças ocorridas nesses municípios, graças ao trabalho coletivo de seus moradores.

As transformações ocorreram, como veremos no decorrer desse relato, principalmente nas relações travadas entre os participantes do processo. Resultaram, também, em mudanças – ainda que frágeis e tênues – nas condições gerais de vida das pessoas da região (na medida em que alguns problemas determinantes do processo saúde-doença foram enfrentados) e em alguns indicadores de saúde. Mas, com certeza, o grande salto foi a transformação das relações, não somente entre os técnicos participantes e os usuários, como também na forma de

² Oriundas das mais diversas entidades governamentais e não governamentais, destinadas aos mais variados objetivos, utilizando-se de inúmeras metodologias de ação.

avaliar e planejar as ações locais de saúde. Infelizmente, essas mudanças são de difícil mensuração, ainda que observáveis.

A experiência mostrou-nos que "não existe uma 'realidade' em si mesma, em si e por si, mas em relação histórica com os homens que a modificam" (Gramsci, 1995, p. 34) e, tenho, neste texto, a responsabilidade de relatar e refletir (como trabalho de tese de doutoramento) sobre ela, complexa não somente pelos desdobramentos gerados, como também pelo processo em si e pelas relações travadas entre os participantes desse processo.

Não é fácil traduzir uma experiência que vem sendo construída desde 1993 e que envolveu, até o momento, 17 municípios³, congregando aproximadamente 265.000 habitantes, junto com diversas entidades não governamentais⁴, inúmeros técnicos de instituições públicas⁵ e, praticamente, a totalidade das entidades governamentais⁶ desses municípios. Como avaliar se essa experiência contribuiu e, em quê, para a construção da cidadania e consolidação do controle social local?

Gramsci (1977, p.51) afirmara que "toda ação é o resultado de diversas vontades, com diversos graus de intensidade, de consciência, de homogeneidade, com o conjunto íntegro da vontade coletiva". E, a vontade individual, muitas vezes, é desagregada, contraditória. Mas, pertencemos sempre a um, ou diversos, grupo(s) que compartilha(m) um mesmo modo de pensar e agir. Para Gramsci (1977, p.12),

"quando a concepção de mundo não é crítica e coerente, mas ocasional e desagregada, pertencemos simultaneamente a uma multiplicidade de homens-massa, nossa própria personalidade é composta de maneira bizarra: nela se encontram elementos dos homens das cavernas e princípios da ciência mais moderna e progressista; preconceitos de todas as fases históricas passadas, grosseiramente localistas, e intuições de uma futura filosofia que será própria do gênero humano mundialmente unificado".

³ Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Celso Ramos, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Ponte Alta, Rio Rufino, São José do Cerrito, São Joaquim, Urupema e Urubici.

⁴ Entre elas Cáritas Diocesana, Pastoral da Saúde, Pastoral da Mulher, Sindicatos de Trabalhadores Urbanos e Rurais, Rotary Club, Associações de Moradores, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Fórum de Entidades da Saúde.

⁵ Dos setores saúde, educação, CASAN, EPAGRI, CELESC, TELESC, CIDASC, FATMA, Segurança Pública, Banco do Brasil

⁶ Prefeituras com suas Secretarias, Legislativo Municipal e Estadual

De fato, a experiência mostrou-nos que o nosso agir foi (e continua sendo) resultado da articulação das mais variadas vontades, muitas vezes desagregadas e contraditórias, e que culminou na criação de uma vontade coletiva local (muitas vezes também contraditória), capaz de detectar e resolver os problemas de saúde locais percebidos.

Ainda, seguindo o raciocínio de Gramsci (1977, p.51), se isso ocorre com a ação, “também a teoria correspondente e implícita será uma combinação de crenças e pontos de vista igualmente desordenados e heterogêneos”. Agora, a construção de um novo modo de pensar é sempre um processo frágil, “notadamente quando estas novas convicções estão em contradição com as convicções ortodoxas, socialmente reformistas, de acordo com os interesses das classes dominantes” (1977, p. 27).

Então, cabe-nos

“construir sobre uma determinada prática uma teoria, a qual, coincidindo e identificando-se aos elementos decisivos da própria prática, acelere o processo histórico em ato, tornando a prática mais homogênea, coerente, eficiente em todos os seus elementos, isto é, elevando-se à máxima potência” (1995; p.51).

Esse caminho é tortuoso, e, para isso, segundo Gramsci (1977, p. 27), há que:

“1) não se cansar jamais de repetir os próprios argumentos (variando literariamente a sua forma): a repetição é o meio didático mais eficaz para agir sobre a mentalidade popular; 2) trabalhar incessantemente para elevar intelectual-mente camadas populares cada vez mais vastas, isto é, para dar personalidade ao amorfo elemento de massa, o que significa trabalhar na criação de elites de intelectuais de novo tipo, que surjam diretamente da massa e que permaneçam em contato com ela para tornarem-se os seus sustentáculos”.

Esta afirmação não reflete integralmente a experiência vivida na Região Serrana, na medida em que, neste processo de construção da participação popular em saúde, o fim tornou-se o próprio caminho, onde cada passo correspondia aos objetivos que tínhamos de participação popular e controle social⁷. Ela nos orienta, de modo geral, a manter a persistência – muitas vezes arrefecida pelos obs-

⁷ Pois, como apontar no discurso o direito e a responsabilidade da participação de cada vontade individual na construção de uma vontade coletiva e conseqüente elaboração de políticas de saúde, sem respeitar essas von-

táculos -, e a delimitar a relação travada entre o que chamo aqui de "intelectual" e "homem-massa"⁸, que deve fugir da falsa aparência, na qual, o segundo sente, mas nem sempre compreende; e o primeiro sabe, mas nem sempre sente. De um lado, temos o pedantismo e o exercício do poder autoritário; de outro, vemos o sectarismo. Para Gramsci (1977, p. 1550), não existem não intelectuais, pois, "se se pode falar de intelectuais, não se pode falar de não intelectuais", pois, qualquer homem que

"além de sua profissão, exerce qualquer atividade intelectual, é um 'filósofo', um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção de mundo, contribui para sustentar ou modificar uma concepção de mundo, isto é, a suscitar um novo modo de pensar"⁹ (1977, p. 1551).

Mas, o erro do intelectual consiste "em acreditar que se possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado" (Gramsci, 1995, p.138).

Assim, no construir da participação popular em saúde nos municípios já mencionados, a paixão, a vontade e o empenho de todos aqueles que fossem aderindo ao processo foram vitais para sua realização (independente da profissão, grau de escolaridade ou grupo social ao qual pertencesse a pessoa). Todos foram considerados entre si essenciais à construção de um novo modo de pensar e agir em saúde.

Assumimos essa postura por acreditar que é no embate democrático das diversas visões e concepções de mundo que há a possibilidade de construção da própria participação e controle social sobre as ações públicas e/ou governamentais¹⁰. É na construção de instrumentos democráticos que a vontade coletiva pode prevalecer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Agora, isto não elimina o fato de termos de partir da realidade, constituída das mais diversas visões de mundo.

tades, e sem criar instrumentos capazes de abarcá-las e refleti-las, por mais que elas possam ser descoordenadas, desarticuladas e contraditórias?

⁸ Utilizo os escritos de Gramsci (Cadernos do Cárcere e Concepção Dialética da História), interpretando-os livremente.

⁹ Tradução da autora.

¹⁰ Nem toda ação com conseqüências coletivas é governamental

Schmink (1999, p.1), ao estudar o gênero e a conservação ambiental, também percebe nas comunidades “a multiplicidade de partes interessadas e atores sociais que operam em diferentes níveis e com graus amplamente divergentes de poder” e, o conflito entre cada ator ou parte interessada com outras partes, “cada uma delas possuindo diferentes níveis de poder econômico e político” (Schmink, 1999, p. 4).

A alternativa criada no seu trabalho “envolve a negociação direta ou indireta entre várias, e freqüentemente conflitantes, partes interessadas” (Schmink, 1999, p. 4). Uma das saídas encontradas por Schmink foi o que ela intitulou de “empoderamento”, ou seja: “o nivelamento das desigualdades”, de modo que seja dada igualdade de expressão e prioridade às perspectivas dos grupos menos poderosos dentro da comunidade, sejam eles definidos por classe, etnicidade, status migratório ou gênero (Schmink, 1999, p. 2)”. Para isso, utiliza a resolução de conflitos como ferramenta de trabalho. Caso isso não resolva, inclui a análise das partes interessadas, buscando responder as seguintes perguntas: “quem são as partes interessadas envolvidas na negociação direta ou indireta dos recursos? de que maneira seus interesses são complementares e/ou estão em conflito? como seus diferentes níveis de poder e recursos afetam os resultados das negociações?” (Schmink, 1999, p. 2).

As diversas concepções co-existentes geram conflito entre si. Porém, há que “limparmos” o caminho. Assim, partimos do fato de que o conflito existe, que as diversas visões sobre vida, saúde e doença coexistem simultaneamente (numa relação dialética) e, que se uma prevalece sobre as demais, não é somente porque há o domínio ideológico dessa visão, mas também porque resistência e explicitação dos outros pensamentos não são possibilitados. Quer dizer, a hegemonia de uma dada visão de mundo não ocorre somente por seus méritos ou deméritos, ou somente, pelo estabelecimento de mecanismos que possibilitem esse domínio, mas também por méritos e deméritos das outras visões. É o embate democrático que possibilitará a explicitação dos diversos pontos de vista. É a existência de con-

flitos que possibilita¹¹ a busca de soluções coletivas e democráticas, mas numa nova construção, em que todos possam estar instrumentalizados adequadamente para a argumentação política.

Voltando à questão de “limpar” o caminho, Gramsci (apud Dias, 1987, p.221) dizia que há que construirmos o novo, e que a desconstrução do velho é, ao mesmo tempo, a construção do novo, vivendo como eternos aprendizes, construtores do homem novo, calcados sob princípios éticos de cidadania e democracia. A construção do novo, porém, só pode ocorrer a partir do momento em que reconhecemos a nossa realidade, porque é a partir dela e nela que o futuro é construído.

Particularmente na questão saúde, esse ponto de vista implica em eliminarmos as idéias pré-concebidas sobre qualquer proposição, para, a partir daí, criarmos a possibilidade da explicitação das visões e dos problemas e do embate democrático sobre estes mesmos problemas¹².

É claro que não podemos esquecer de todo o aparato ideológico/estatal produtor de estados de desigualdade que tenta encobrir essas desigualdades nos discursos em defesa da justiça social. Isto poderia fazer-nos pensar que determinadas necessidades (quer sejam de saúde ou não) não têm fundamentos concretos para existirem, ou que a intervenção proposta para o enfrentamento destas necessidades não são válidas, ambas fruto da ideologia dominante, como se os indivíduos ou grupos não pudessem pensar por si mesmos, o que invalidaria qualquer iniciativa de participação popular.

No entanto, existem diversas formas e pontos de vista conflitantes e até antagônicos na experiência construída e relatada nesta tese, os quais foram explicitadas através de: 1º - a detecção e priorização das necessidades sentidas e dos problemas; 2º - o enfrentamento desses problemas; e, 3º- o controle sobre os resultados alcançados pela resolução ou não destes problemas. Este é um pro-

¹¹ Aqui entendida a possibilidade como potência, que só pode ser expressa a partir da premissa da liberdade.

¹² Entendo que as necessidades são geradas na convivência social e que são ou não resolvidas. As não resolvidas tornam-se problemas (coletivos ou não, de saúde ou não), que exigem solução.

cesso dinâmico, dialético e multifacetário, que não se revela facilmente nas explicações imediatas ou unilaterais, sejam estas técnicas, políticas ou morais.

A vida das pessoas as coloca (individual ou coletivamente) entre posturas e pontos de vista diferenciados sobre questões comuns a todas, uma vez que a diversidade de idéias é inerente à própria existência humana. A tentativa de hegemonização de uma sobre as demais é parte do processo social do homem, aceitemos ou não, mesmo porque ainda estamos longe de viver numa sociedade onde os seres humanos são essencialmente éticos, a ponto de buscarem os bens produzidos no limite de suas necessidades¹³.

Visto isso, voltemos à estrutura do presente texto. Para o estabelecimento de uma linha condutora desta tese, mantive como questão norteadora o seguinte:

- **como construir um processo de participação popular que possa enfrentar os problemas locais de saúde desde sua detecção até sua resolução?**

A metodologia adotada para o relato e conseqüente reflexão sobre a experiência consta de um capítulo à parte, para que possamos explicitar o caminhar metodológico desta tese e as categorias utilizadas para a análise do processo. A execução da proposta de construção e análise de uma tecnologia de participação popular em saúde orientou-nos a buscar uma metodologia que possibilitasse a pesquisa, a ação e a reflexão sobre o processo desenvolvido.

Meu envolvimento durante a construção do processo fez-se obedecendo o método da pesquisa-ação que, diferentemente da pesquisa convencional, permite que ocorra a participação do pesquisador. Na pesquisa-ação, os sujeitos - cidadãos, membros da sociedade civil e política, técnicos em saúde e dos demais serviços públicos -, são considerados produtos e produtores da história, tomando-se coletivamente responsáveis pela produção e transformação das formas de vida e da ordem social, decidindo sobre todos os passos do processo.

¹³ Além disso, o próprio entendimento sobre necessidade humana reflete toda a complexidade social. A necessidade, concebida somente como carência material, implica na limitação de seu espectro ao puramente fisiológico, à mera subsistência. Ao contrário, **necessidade como carência e possibilidade de**, permite-nos tornar

No capítulo sobre a metodologia, aprofundarei a apresentação desta técnica investigativa. Fica registrado, nesse momento, a adesão predominante à metodologia qualitativa, com a descrição e reflexão acerca do processo de participação popular em saúde desenvolvido, no qual a utilização de dados e/ou indicadores ocorre com a finalidade de melhor possibilitar a análise do processo. Para melhor compreensão, a seqüência histórica de desenvolvimento é apresentada a seguir, explicitando sua origem e desenvolvimento, permitindo ao leitor um percurso compreensível e coerente:

- Março 1993 – estabelecimento de parceria entre Universidade de São Paulo, através do Departamento de Medicina Preventiva, Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia/ Ministério da Saúde e Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para o desenvolvimento do projeto “Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situacion de Salud Segun Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar, coordenada pela OPS;
- Junho de 1993 – definição da XV Regional de Saúde, com sede em Lages para a realização do Projeto da OPS;
- Outubro de 1993 – definição e capacitação dos monitores regionais;
- Dezembro de 1993 início dos Seminários de Saúde;
- Abril de 1994 – desligamento da USP;
- Janeiro de 1995 – desligamento da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina;
- Março de 1997 – Início do Doutorado em Filosofia da Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, a fim de refletir sobre a experiência realizada;

a sua satisfação um processo dialético, de viver e realizar as necessidades, de forma contínua e renovada, em todos os aspectos da vida.



Capítulo I

O Tempo, o lugar e as pessoas

Em 1993, ao voltar do Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, fui lotada na Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Havia uma discussão em nível nacional, estimulada pelo Cenepi, sobre o desenvolvimento de diagnósticos de saúde fundados nas condições de vida. Tal discussão tinha como ponto central o projeto intitulado "Sistemas nacionales de vigilancia de la situacion de la salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar" - Programa de análise da situação de saúde e suas tendências, sob a direção da Organização Mundial da Saúde / OPS e coordenado por Pedro Luiz Castellanos. Este Projeto era desenvolvido em diversos países da América Latina e em vários municípios brasileiros¹⁴, através da

¹⁵ Entre eles Recife, Campinas, São Paulo e Santa Maria.

parceria entre a OPS, o CENEPI e Universidades. Para Castellanos (1990, p.05), os objetivos do Projeto eram¹⁵

“promover o desenvolvimento de um sistema de avaliação e monitoramento das condições de vida e da saúde dos diferentes setores da população, que tenha capacidade e sensibilidade de estudar tanto as tendências de longo prazo, como as mudanças de caráter conjuntural e de curto prazo, e portanto avaliar o impacto das mudanças econômicas e das ações de desenvolvimento social sobre os diferentes grupos na população;

- reforçar a articulação intersetorial, a participação interinstitucional (privada e oficiais) e das organizações da sociedade civil, no processo de avaliação e tomada de decisões sobre saúde e condições de vida dos grupos mais afetados;

- contribuir para o desenvolvimento da capacidade de investigação epidemiológica e sua articulação com a definição de políticas e planos nacionais, regionais e municipais de saúde e bem estar, e contribuir com o processo de planificação e gestão descentralizada e com o reforço da capacidade de planificação e programação” .

O documento em questão propõe avaliar e monitorar as condições de vida e de saúde dos diferentes setores da população, estratificada segundo as condições de vida. A partir da revisão crítica de diversos modelos conceituais sobre o processo saúde-doença, propõe “um marco conceitual que operacionaliza as condições de vida segundo as diferentes dimensões da reprodução social das condições de vida “(idem, 1990, p. 2). E, não se trata somente de avaliar as tendências históricas das condições de vida e de saúde. É necessário, além disso,

“avaliar o impacto nos grupos específicos populacionais, sobretudo vigiar o comportamento das desigualdades entre os diferentes grupos e avaliar o impacto das ações adotadas, em unidades de tempo que sejam úteis para a tomada de decisões, para reafirmar ou reorientar os recursos e ações em função do maior impacto possível com os recursos disponíveis” (Castellanos, 1990, p. 12).

Reconhece, ainda, que há necessidade de desenvolver ações integrais, multisetoriais e articuladas, que não se limitem à situação de saúde ou à especificidade das ações de saúde. O referido projeto conceitua saúde, condições de vida e problemas de saúde. Segundo Castellanos (1990),

¹⁶ Tradução da autora. Sobre o projeto da OPS, interpreto-o livremente.

“cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional tem necessidades e riscos que lhe são característicos, seja por sua idade, pelo sexo ou outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja por sua ligação econômico social, que se traduzem em um perfil de problemas de saúde-enfermidade peculiares” (Castellanos, 1990, p. 13).

Ainda Castellanos (1990), neste mesmo trabalho, diz que

“as condições de vida de cada grupo de população traduzem a forma particular de inserção no conjunto da estrutura e dinâmica social. E são determinadas no processo de reprodução social, constituindo as mediações entre os processos mais gerais da sociedade e os problemas de saúde-enfermidade peculiares a cada grupo populacional. Ao mesmo tempo, as condições de vida constituem a forma particular de participação deste grupo na reprodução geral da sociedade [e] expressam a forma como se articula este grupo no processo geral reprodutivo do conjunto da sociedade”(1990, p.20/21).

Logo, têm um caráter dinâmico e podem melhorar ou piorar, dependendo de mudanças ocorridas na sociedade em geral e das respostas dadas aos grupos populacionais específicos. Possui quatro dimensões, quais sejam: **1- Biológica:** relacionada ao potencial genético e capacidade imunológica individuais; **2 – Ecológica:** relativa ao meio ambiente, contemplando moradia e trabalho; **3 – Reprodutiva das formas de consciência e conduta:** diz respeito à cultura, hábitos, formas de conduta e estilo de vida; **4 – Econômica:** são formas de articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços.

Cada uma dessas dimensões tem um caráter dinâmico, devido sua “articulação com o processo geral reprodutivo da sociedade, e pelo próprio conflito interno que se estabelece em cada dimensão entre o impacto dos processos reprodutivos e as ações de resposta compensatórias” (Castellanos, 1990, p.21).

Os problemas de saúde nesse trabalho da OPS são vistos como “as condições de vida [que] determinam necessidades de saúde, e estas são socialmente representadas como problemas de saúde”(idem, 1990, p. 23), tema a ser aprofundado no decorrer desse texto.

Para a análise da situação de saúde e do impacto das ações de saúde e bem estar, Castellanos propõe um “sistema matricial de dados” , como o que segue:

Unidade de análise	---	Variável	-----	Valor						
comunidade)		(Família)								
		Unidade de análise	---	Variáveis	-----	Valor				
		(Família)		(individual)						
				Unidade de análise	---	Variável	-----	Valor		
				(individual)		(conduta)		Variável	-----	Valor
						Unidade Análi-	(conteúdo)			
						se				
						(conduta)				

Penso que o esquema acima propõe unidades distintas para cada nível. Quando se quer conhecer uma comunidade, a investigação deve ter como base a medida (através de indicadores) das famílias que essa comunidade contém. Se o conhecimento objetiva a família, a base passa a ser os indivíduos componentes dessa família, e assim sucessivamente. Como veremos adiante, esse esquema matricial não chegou a ser aplicado nesta tese, dada a dificuldade de o entendermos teoricamente e, o principal, em conseguirmos aplicá-lo a contento¹⁶.

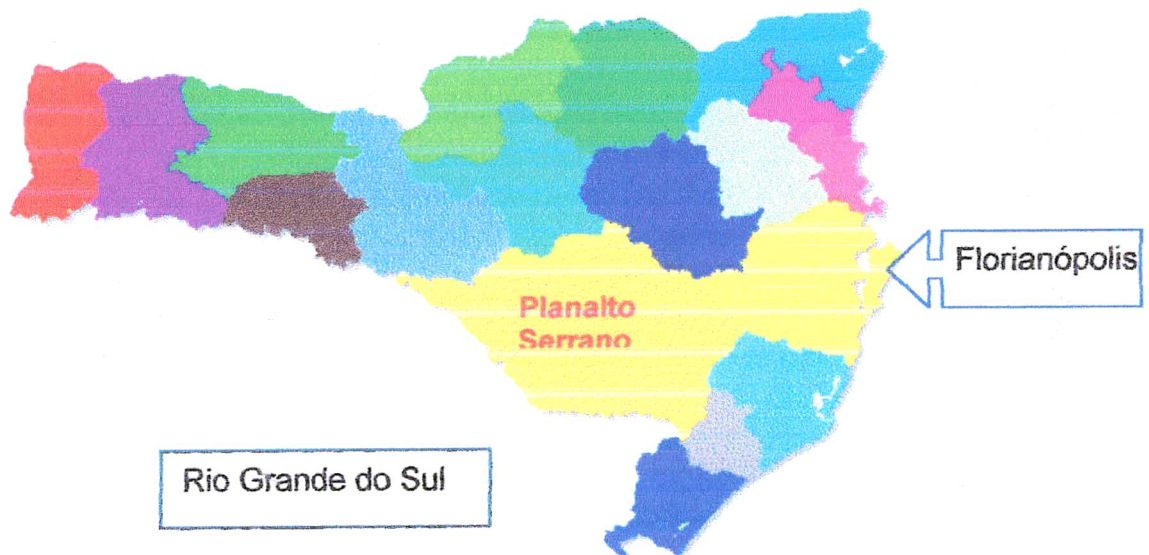
Esse projeto foi requisitado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica ao Cenepi, para implantação em Santa Catarina, com a ressalva de que aqui seria realizado em uma Regional de Saúde, composta por vários municípios. A Regional escolhida foi a XV, do Planalto Serrano de Santa Catarina, que compõe a Associação dos Municípios do Planalto Serrano – AMURES, situada geograficamente como demonstrado no mapa.

O Planalto Serrano situa-se entre 750 a 1.500 metros acima do nível do mar e sua temperatura varia entre -10° C, no inverno, a 35° C, no verão. Possui as cidades mais frias do Brasil e o clima é temperado.

¹⁶ E, segundo informações, essa proposta não foi aplicada conforme o texto orientava em nenhum lugar do Brasil. As experiências brasileiras locais, baseadas na proposta de Castellanos, ocorreram seguindo os mais diversos caminhos. Em São Paulo, foram capacitados Recursos Humanos; Recife, foi testado um indicador. Dos outros municípios, ou do andamento nestes primeiros, não temos informações.

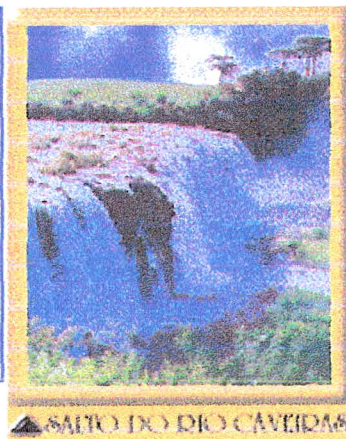
Sua economia baseia-se na agropecuária e a época do florescimento econômico ocorreu entre as décadas de 1950 a 1970, com a indústria extrativista de madeira. Atualmente, a pecuária – com a criação de gado -, a agricultura – com a plantação de maçã e pinus -, a extração da erva-mate e o turismo rural formam a base de sua economia.

Mapa 1 – Representação da Situação Geográfica do Planalto Serrano



Culturalmente, desenvolve hábitos e estilos de vida semelhantes aos do gaúcho, do Rio Grande do Sul. Seus moradores são compostos por brancos (de origem italiana, espanhola e portuguesa), negros e índios.

Fotografias de Divulgação do Planalto Serrano



<http://www.guialages.com.br>

Entre os anos de 1993 a 1999, foram emancipados quatro municípios, Paineira, Bocaina do Sul, Palmeira e Capão Alto, desmembrados do município de Lages e Otacílio Costa, aumentando o número de municípios no Planalto Serrano para 19. Atualmente o número de habitantes é de 265.000.

Ainda nesse período, houve uma diminuição no número de habitantes desses municípios, alguns perdendo até 40% do total de sua população anterior. O motivo percebido para esse êxodo é a busca de emprego nas cidades maiores, uma vez que a oferta na Região do Planalto Serrano é muito pequena.

Quadro 1 - Número de habitantes segundo o município – Planalto Serrano - 1993

Município	Nº de habitantes
Anita Garibaldi	10.475
Bom Jardim da Serra	4.084
Bom Retiro	7.154
Campo Belo do Sul	7.880
Celso Ramos	3.399
Cerro Negro	5.070
Correia Pinto	18.002
Lages	154.895
Otacílio Costa	14.667
Ponte Alta	4.673
Rio Rufino	1.724
São Joaquim	22.481
São José do Cerrito	11.393
Urubici	9.586
Urupema	2.525
Planalto Serrano	278.008

Fonte: IBGE e estimativas – 2.000

Essa região, como outras de Santa Catarina, oferece mão de obra não qualificada para aquelas com crescimento industrial comprovado, como Jaraguá do

Sul, Florianópolis e Joinville em Santa Catarina, e Caxias do Sul e Região da Grande Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Em 1993, quando iniciamos o trabalho, o Planalto Serrano contava (segundo estimativas do IBGE) com 15 municípios e 278 mil habitantes conforme é demonstrado no Quadro 1.

A escolha dessa Regional de Saúde deveu-se ao fato de que a mesma apresentava os piores indicadores sociais e de saúde de Santa Catarina, sendo a região com maior número de indigentes¹⁷, em que somente 77% dos domicílios têm água tratada, 90% das fontes de água do meio rural impróprias para consumo devido ao grande número de coliformes fecais; 35% da população maior de 5 anos é analfabeta; 72% da população economicamente ativa tem rendimento médio mensal menor de 2 salários mínimos, e apresenta o maior Coeficiente de Mortalidade Infantil de Santa Catarina, de 23.38 mortes em cada 1.000 Nascidos Vivos¹⁸.

Hoje, passados 7 anos do início do trabalho, a situação econômica da Região segue com indicadores situados entre os piores de Santa Catarina, fato que será detalhado posteriormente nesta tese, especialmente no tocante à cobertura de água e esgoto, alfabetização, acesso a serviços de saúde, morbidade hospitalar e mortalidade.

¹⁷ Segundo o IPEA, em 1993, 31% da população serrana vivia em estado de indigência

¹⁸ Conforme dados do IBGE e XV Regional de Saúde



Capítulo II

Metodologia

A presente tese, como já foi explicitado, é fruto da análise e reflexão sobre a experiência de participação popular na detecção, priorização e resolução de problemas de saúde em alguns municípios da Região do Planalto Serrano, Estado de Santa Catarina.

O capítulo I compôs uma visão da conjuntura na qual se deu a experiência. O relato do processo de construção dessa experiência, ainda inacabada, que para fins dessa tese compreende o período entre o ano de 1993, com a implantação do Projeto de Análise de Situação de Saúde segundo as Condições de Vida, até o ano de 1999, é apresentado neste mesmo capítulo, como parte integrante da metodologia. Ainda no capítulo presente, teço algumas considerações acerca do

processo construído de participação, elencando, para isso, algumas categorias de análise.

Essa tese consta de dois momentos distintos quanto à metodologia: o primeiro, na construção do que hoje denomino de Tecnologia de Participação Popular em Saúde (TPPS), e, o segundo, no desenvolvimento da tese.

Assumo, para a definição de tecnologia, aquela colocada por Michaelis como sendo “o conjunto de artes e técnicas sociais, aplicadas para fundamentar o trabalho social, a planificação e a engenharia, como formas de controle” (<http://www.uol.com.br/michaelis/>) . Esta breve definição de tecnologia aponta somente e, muito superficialmente, as possibilidades da tecnologia, na medida em que a associa ao como fazer, independente de sua finalidade (trabalho social, planificação, engenharia ou controle). Aqui, a tecnologia está relacionada ao como fazer.

Mehry & Onocko (1997), ao tratarem das tecnologias em saúde, delimitam-nas em três tipos: a tecnologia leve, a que se apresenta enquanto saber, a tecnologia leve-dura, “no caso de saberes bem estruturados” (1997, p. 121) e, a tecnologia dura, os equipamentos tecnológicos.

Para eles a saúde tem, “como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve” (1997, p. 121), uma vez que é predominantemente fundada em relações realizadas entre os trabalhadores em saúde e os usuários, baseadas no saber desses trabalhadores:

“a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, se expressa como processos de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, aquele que pode com seu interesse particular “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde [e] é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, através das práticas do acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras” (Mehry & Onocko, 1997, p. 122).

A TPPS por nós construída centrou-se na detecção, priorização e resolução de problemas locais de saúde, a partir da participação efetiva do maior número de moradores locais. Para isso, foram construídas, não somente, novas¹ relações entre os monitores do projeto entre si, como entre os primeiros e os moradores locais. Por outro lado, esta (re)construção de relações, foi sendo, gradativamente, transformada em um “como fazer”, que se consubstanciou na TPPS ora apresentada.

A execução da proposta de construção e análise de uma TPPS orientou-nos a buscar uma metodologia que possibilitasse a pesquisa, a ação e a reflexão sobre o processo desenvolvido, enquanto o processo se realizava, fato que espero ter explicitado no decorrer do relatório. A pesquisa participante, diferentemente da pesquisa convencional, permite que isso ocorra, porque, através dela, além de constarmos a situação real, houve, em nosso caso, a minha participação como técnica de saúde e pesquisadora.

Vejam algumas características da experiência do Planalto Serrano na construção de uma **Tecnologia de Participação Popular em saúde** :

2.1 - Seleção do local a ser realizado o projeto da Organização Pan Americana de Saúde

O Planalto Serrano foi escolhido para ser o local de implantação do projeto de Análise da Situação de Saúde segundo Condições de Vida.

Diferentemente da qualificação, quando elencamos somente alguns municípios (Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Lages, Rio Rufino e São Joaquim), nesta tese relato o processo em todos os municípios que o realizaram. A escolha desses seis municípios, para efeito da qualificação, deveu-se à necessidade de limitar a análise, escolhendo os municípios participantes de forma aleatória. Desses, três são de pequeno porte (Bocaina do Sul, Campo Belo

¹ Novas relações no sentido em que aquelas já existentes foram transformando-se, aprofundando valores como a solidariedade, o respeito mútuo e a igualdade.

do Sul e Rio Rufino), dois são de médio porte (Correia Pinto e São Joaquim) e um – Lages – é de grande porte².

Esse momento confere com o que Wrihstman e Cook (1987, p.111) intitulam de momento 1: “selecionar um ambiente de pesquisa”. Brandão (1987, p. 53) denomina de primeira fase, a “montagem institucional e metodológica da pesquisa participante”.

2.2 - Nível de envolvimento do pesquisador com os sujeitos da pesquisa

Wrihstman e Cook (1987, p.111) definem a observação participante como

“um período de intensa interação social entre pesquisadores e sujeitos, no meio desses últimos, durante o qual coletam-se dados, na forma de notas de campo, de uma maneira sistemática e não reativa”.

Brandão (1987, p.53) coloca como um dos itens da primeira fase, a “discussão do projeto de pesquisa participante com a população e seus representantes”. No processo de construção da tecnologia em estudo, não só houve, como isso persiste até o momento, uma intensa interação entre todos sujeitos envolvidos no processo (incluindo a minha pessoa) e, quanto à construção do mesmo, deu-se a partir da interação e debate entre todos envolvidos.

Foi um processo coletivo no qual os sujeitos - cidadãos, membros da sociedade civil e política, técnicos em saúde e nos demais serviços públicos -, foram considerados produtos e produtores da história, tornando-se coletivamente responsáveis pela produção e transformação das formas de vida e da ordem social.

A preparação, a organização e a implantação dos Seminários de Saúde foi elaborada conjuntamente pelos monitores (entre os quais, como já mencionei, representantes do movimento popular) e por mim. Do mesmo modo, participamos

² Seguindo os critérios utilizados por Espazzim, (2.000, p. 7) onde, município de pequeno porte possui até 10.000 habitantes, município de médio porte – entre 10.001 a 100.000 habitantes, e município de grande porte – acima de 100.001 habitantes

ativamente do processo de detecção, priorização e resolução dos problemas encontrados.

2.3 - Teorização do processo

Mais uma das facetas da pesquisa participante, segundo Wrihstman e Cook (1987, p.111) é que ela “é empregada para gerar teoria, mais do que testá-la. O objetivo é descrever as complexidades encontradas na situação, com um mínimo de teorização *à priori*”, o que ocorreu nesta investigação.

No nosso caso, houve inicialmente a tentativa de implantação de um modelo teórico proposto por Castellanos (1990). A impossibilidade de tal intento³, fez com que optássemos por alternativas próprias, galgadas passo a passo, pois, apesar de haver estudo prévio sobre a proposta de Castellanos (1990), as dificuldades encontradas forçaram-nos a abrir caminhos ainda não trilhados. Desta forma foi construída a TPPS.

Houve alguns princípios que nos nortearam no decorrer do Projeto, entre eles o de que somente quem vive uma situação quotidianamente sabe de seus problemas e tem possibilidade de buscar soluções. Gramsci (1977, p. 885), baseando-se em Marx, dizia que “uma sociedade não se põe problemas para os quais ainda não existam as condições de sua solução”⁴, no sentido de que não emergem à consciência se não houver meios para lidar com eles. Por outro lado, tomar consciência dos problemas implica em mais que iluminamento por parte dos técnicos, ou mais que um desejo por parte dos que o vivem.

A Tecnologia de Participação Popular resultante do processo experienciado pautou-se na participação coletiva para a detecção, priorização e resolução dos problemas. Teve como eixo central a noção de “problema”, numa perspectiva de significados próprios, cuja discussão teórica será realizada posteriormente.

³ A impossibilidade da aplicação do modelo de Castellanos ocorreu, entre outros, pela nossa dificuldade (técnicos dos serviços de saúde) em apreender sua metodologia, pela saída do Projeto dos profissionais do Departamento de Medicina Preventiva da USP e do Centro Nacional de Epidemiologia.

⁴ Tradução da autora

Outro princípio norteador foi o da abertura para a explicitação das diversas visões de mundo dos participantes. A vida das pessoas as coloca (individual ou coletivamente) entre posturas e pontos de vista diferenciados sobre questões comuns a todos. A diversidade de idéias é inerente à própria existência humana. E a tentativa de hegemonização de uma sobre as demais é parte do processo social do homem, aceitemos ou não, mesmo porque ainda estamos longe de viver numa sociedade onde os seres humanos são essencialmente éticos, a ponto de buscarem os bens produzidos no limite de suas necessidades.

A partir do momento que reconhecemos esta realidade multifacetária, onde coexistem simultaneamente diversas visões sobre vida, saúde e doença, nada mais coerente do que possibilitar a explicitação dessas várias formas de encarar as questões comuns.

A premissa anterior nos remete a outro tema, o do conflito, também um princípio norteador de nossa experiência, o qual não pressupõe uma lógica de antagonismo⁵, no sentido de anulação de um dos pólos conflitantes. O homem, ao viver em sociedade, busca, para além do conflito, o alcance de relações sociais mais justas e humanitárias. Esse processo é desenvolvido pela e na construção de valores como a solidariedade, a igualdade, a democracia, e a liberdade. Por isso, há aqui a necessidade de uma compreensão da categoria conflito, que sai do eixo da lógica social de antagonismos, mantendo sua essencialidade para a construção dos valores acima colocados, na medida em que, através de suas explicitação, se colocam às claras os modos de compreender e de enfrentar os problemas do cotidiano, inclusive de entendê-los como problemas.

2.4 - Descoberta do universo vivido pelos participantes

Brandão (1987, p.57) coloca que é importante compreender, numa perspectiva interna qual é o ponto de vista dos sujeitos envolvidos. Segundo ele, não podemos esquecer que

“uma das principais características da pesquisa participante é que ela parte dos problemas colocados pelos pesquisados, problemas que eles estão dispostos a estudar. Ela parte do mundo cotidiano do povo e escuta sua voz” (Brandão, 1987, p.57-58).

Nesse trabalho, a tecnologia construída partiu dos problemas e alternativas colocadas a partir dos sujeitos envolvidos. Mais do que isso, os sujeitos interagiram propondo e realizando ações, o que acrescenta ao processo de construção dessa tecnologia aspectos da pesquisa-ação, que, Thiollent (1988, p. 14) define como

“um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

A sistemática de trabalho em pesquisa-ação segue um processo em ciclos de planejamento, ação, observação e reflexão, que induz os participantes a teorizarem sobre sua vida cotidiana. Por um lado, compreendendo as relações entre as circunstâncias e a ação, através da democratização de informações relacionadas às suas condições de vida e, por outro, implementando as ações democraticamente decididas.

Nesta pesquisa, seguimos os objetivos metodológicos da pesquisa-ação citados por Thiollent (1988, p18), que são, respectivamente, o de contribuir para a solução dos problemas (objetivo prático); e o de obter informações de difícil (ou impossível) acesso pelos meios tradicionais.

A própria tecnologia de participação popular em saúde construída neste projeto resultou na evidência de problemas práticos considerados pela comunidade como tais. A forma como foi trabalhada a detecção, a priorização e a resolução de problemas, é o maior indício de adequação aos objetivos metodológicos da pesquisa-ação.

A escolha da pesquisa-ação como método para este projeto deveu-se, também, à possibilidade de exercitarmos e desenvolvermos uma postura de

⁵ Baseada na tentativa constante dos atores sociais em tornarem hegemônica a sua proposta através da destruição da proposta (ou dos próprios) de seus oponentes.

questionamento e solidariedade, como forma de apropriação e transformação ativa da realidade, o que considero essencial à construção de uma tecnologia de participação popular em saúde.

Silva (1991) aponta para alguns riscos da pesquisa-ação, entre eles

“o perigo do ideologismo e do misticismo a partir do próprio caráter ideológico e místico atribuído aos dois eixos centrais dessas propostas; participação e transformação social; a heterogeneidade e a falta de clareza de critérios e propostas adotadas, conduzindo à banalização e ao modismo passageiro; a negação da teoria que conduz ao ativismo e ao espontaneísmo; a supervalorização do saber popular em detrimento do conhecimento científico” (Silva, 1991, p. 186).

Coloca, também, o problema do descompasso entre a ação e o processo de produção de conhecimento, salientando que

“é evidente que os ritmos que a ação propõe nem sempre são condizentes com o processo da pesquisa e raramente são alcançados os objetivos propostos, mesmo a nível da ação. Isso evidencia dificuldade em associar práticas de pesquisa à ação social educativa, não passando, muitas vezes, de projetos de ação que tomam a análise coletiva do diagnóstico da realidade como um processo de produção científica, o que, no máximo, possibilita gerar um processo de reflexão e interpretação de problemas a nível de um referencial empírico, de modo que, nessas prática, os objetivos relacionados com a modificação intencional de uma realidade determinada têm preeminência sobre a produção de conhecimento, atribuindo à pesquisa um caráter meramente instrumental de sistematização de dados” (Silva, 1991, p. 187).

Espero conseguir mostrar que, ao menos parcialmente, superamos esse risco, na medida em que houve um período de tempo relativamente extenso (6 anos) entre o início do processo (com o projeto “Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de vida”) e a elaboração desta tese de doutoramento, o que favoreceu, tanto a verificação dos resultados da ação em si, quanto a reflexão teórica sobre o processo de construção da TPPS.

Ainda assim, o alerta é importante, e Silva (1991) acrescenta que cabe a novas metodologias de pesquisa a tarefa de questionar e propor alternativas na produção do conhecimento, ou que

“ela é consequência de um esforço sempre renovado na busca de teorias e métodos mais adequados ao objeto a ser estudado e do questionamento

sobre as implicações funcionais e políticas dos pesquisadores em suas funções na sociedade” (1991, p. 9).

Reforçando, penso que esses riscos são inerentes ao processo de construção do conhecimento, especialmente nas pesquisas de caráter social. Por isso, essa tese é composta também de outro momento, o da análise do processo, objeto dessa tese.

Voltando a Thiollent (1988) e aos objetivos da Pesquisa-ação, que, para ele constam de um objetivo prático, o de construir uma proposta para a resolução de situações concretas. No nosso estudo, este objetivo traduziu-se na construção da TPPS. O outro objetivo, de conhecimento, explicita-se, no nosso caso, na reflexão e elaboração teórica sobre a construção da TPPS.

Para Thiollent (1988, p. 8-9), a pesquisa-ação é um “instrumento de trabalho e de investigação com grupos, coletividades de pequeno ou médio porte, (.....) [onde] os aspectos sócio-políticos nos parecem ser mais pertinentes que os aspectos psicológicos”, sem no entanto desconsiderar estes mesmos últimos. A pesquisa-ação dá ênfase à análise de diferentes formas de ação, na qual, seus pesquisadores “pretendem ficar atentos às exigências teóricas e práticas para equacionarem problemas relevantes dentro da situação social” (idem, p. 10).

Outra característica da pesquisa-ação percebida em nosso trabalho, é que

“ uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Além disso, é preciso que a ação seja uma ação não trivial, o que quer dizer uma ação problemática merecendo investigação para ser elaborada e conduzida” (Thiollent, 1988, p. 15).

Em nosso trabalho, o processo de construção da TPPS constou da participação⁶ efetiva da comunidade local e dos monitores (incluindo a minha pessoa), tanto na detecção dos problemas, como na sua priorização e resolução. Também a análise dos problemas, soluções e ações necessárias para tal ocorreu com a participação coletiva.

Mais algumas questões da pesquisa-ação perpassadas em nosso trabalho:

⁶ Tendo esse elemento como central no próprio processo.

1) “Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação social” (Thiollent, 1988, p. 16). Neste estudo, houve interação entre todos envolvidos na construção da TPPS.

2) “Desta interação, resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta”(idem, ibidem). A construção da TPPS contempla os problemas a serem investigados e suas soluções.

3) “O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nesta situação” (idem, ibidem). Na TPPS, as realidades locais e as formas de enfrentamento destas realidades foram o pano de fundo da investigação.

4) Durante o processo, há “o acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação” (idem, ibidem). É parte da TPPS o acompanhamento e avaliação das ações realizadas.

5) “A pesquisa (...) pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores e (...) das pessoas e grupos considerados”(idem, ibidem). A reflexão teórica e conseqüente relatório desta tese é a tentativa de aumentar e construir conhecimento.

2.5 - Universo do estudo

O local de desenvolvimento dessa tese já foi relatado no primeiro capítulo. Essa investigação baseou-se na experiência dos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina.

2.6 - Instrumentos de Pesquisa

a) Dados oficiais

Foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística , Secretaria de Estado da Saúde, DATASUS, Ministério da Saúde e outras instituições que contivessem informações sobre os municípios do Planalto Serrano, a fim de verificar estatisticamente os problemas levantados nos Primeiros

Seminários de Saúde e situar alguns aspectos da população dos municípios do Planalto Serrano.

b) Seminários de Saúde

Dos Seminários de Saúde analisamos a lista de presença, a lista dos problemas elencados, a ficha de priorização dos problemas e as atas. Aqui procurei avaliar a participação das comunidades nos eventos municipais relacionados à saúde e os encaminhamentos dados aos problemas detectados.

c) Questionário

Foi aplicado um questionário aos monitores do Projeto “Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida” com as seguintes perguntas: 1) Quando você pensa no projeto “análise da situação de saúde segundo as condições de vida, qual é a primeira coisa que você lembra?. 2) O Projeto gerou alguma mudança em teu trabalho? Se sim, qual?. 3) O Projeto gerou alguma mudança no trabalho pela Prefeitura? Se sim, qual?. 4) O Projeto gerou alguma mudança no trabalho desenvolvido pela Regional de Saúde? Se sim, qual?. 5) O Projeto gerou alguma mudança nas relações entre você e outros companheiros? Que companheiros? Que mudanças?. 6) Se você fosse avaliar os resultados do Projeto, o que você diria?. 7) Você gostaria de escrever mais alguma coisa?

Esse questionário teve por objetivo avaliar, sob o ponto de vista dos monitores, mudanças na condução de políticas de saúde locais dadas (não somente, mas predominantemente) por meio da TPPS.

2.7 – Aproximação da realidade através da síntese

As categorias de análise utilizadas na reflexão sobre a proposta de TPPS foram o saber local, o poder local e controle social, como expressões lingüísticas

que denotam aproximações a características da realidade focalizadas no processo de investigação, emergindo no próprio processo.

Na categoria “saber local”, é analisado o conhecimento local sobre os problemas cotidianos, dado pela coerência entre os problemas listados nos Seminários de Saúde e os indicadores estatísticos já mencionados, assim como a consistência na indicação dos mesmos.

Na categoria “poder local”, reflito sobre a efetividade do processo, na resolução dos problemas listados nos Seminários, a partir de ações dos próprios membros da comunidade incluindo o governo municipal.

Na categoria “controle social” analiso o compromisso coletivo de participação na detecção, priorização e resolução dos problemas cotidianos, dados também pela participação dos cidadãos nos Seminários de Saúde ou outros eventos relacionados à saúde.

Espero, com essas categorias abarcar a reflexão sobre o processo de construção da tecnologia de participação popular em saúde ocorrido nos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina.

2.8 – A verificação do processo

Para a verificação de possíveis mudanças ocorridas, a partir da construção da TPPS, escolhemos alguns dos problemas listados nos Seminários Municipais de Saúde, analisando o descritor de cada um desses problemas e a situação atual em relação a cada um especificamente. Cada problema foi descrito com descritores, que é a caracterização do problema da forma mais precisa possível, incluindo sua quantificação (Merhy & Onocko, 1997).

2.9 - O caminho inicial percorrido

Definida a Regional de Saúde a participar do projeto de Análise da situação de Saúde segundo as condições de vida, foram desenvolvidos os seguintes passos:

PASSO 1 - Coleta de dados oficiais – sócio-econômicos e de morbi-mortalidade sobre a região, segundo as variáveis idade, gênero e distribuição geográfico-temporal – Os dados e indicadores utilizados foram: Rendimento Médio Mensal, déficit habitacional, taxa de urbanização, crescimento populacional, população por faixa etária, coeficiente de natalidade, população economicamente ativa, estrutura fundiária, percentual de casas com água tratada, taxa de alfabetização, qualidade das fontes de água do meio rural, coeficientes de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por causa e faixa etária, e principais causas de internação hospitalar.

PASSO 2 - Consolidação e análise dos dados e indicadores tradicionais, com a elaboração do primeiro diagnóstico de saúde - A proposta inicial para o desenvolvimento do trabalho em parceria entre a OPS, Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e USP era a da construção de sucessivos diagnósticos de saúde relacionando o processo de morbi-mortalidade às condições de vida existentes, com a conseqüente aproximação sucessiva à realidade, através da construção sistemática de diagnósticos de saúde, cada vez mais próximos da realidade de vida das pessoas.

Após a efetivação de cada diagnóstico de saúde, o mesmo seria apresentado aos responsáveis locais (na época se entendia como sendo os Representantes da Sociedade Política local e entidades governamentais), para que fosse realizado o planejamento das ações e políticas de saúde capazes de enfrentar os problemas apontados no diagnóstico de saúde. Dado o prazo de 6 meses, novo diagnóstico seria efetuado, a fim de avaliarmos o impacto das ações e políticas locais desenvolvidas (se isso ocorresse), a partir do diagnóstico anterior. Para isso, era necessário implantar o terceiro passo no projeto.

PASSO 3 - Definição de 12 monitores, profissionais do setor saúde municipal e estadual, moradores nos diversos municípios do Planalto Serrano onde o projeto seria desenvolvido – Os monitores deveriam ser dos municípios participantes e possuir escolaridade correspondente ao III grau completo.

Houve aqui o primeiro questionamento pelos participantes acerca do rumo do projeto na Região. Em primeiro lugar, os profissionais médicos não quiseram participar. Ao contrário, criaram resistências à implantação do mesmo. Em seguida, o número de 12 profissionais⁷ com III grau completo, trabalhadores do setor saúde não foi atingido, pois, com a municipalização dos Serviços de Saúde, eles não foram liberados pelas Prefeituras.

Paralelamente, o município de Lages realizou uma Conferência Municipal de Saúde, e fui convidada a proferir palestra sobre o SUS e o processo de trabalho em saúde. Foi surpresa encontrar uma grande participação das entidades não governamentais nesta Conferência e ser duramente questionada sobre as relações travadas entre os trabalhadores do setor público de saúde e os usuários dos serviços. Uma representante da Pastoral da Saúde do município afirmou que era

“muito bonito tudo o que estava sendo discutido naquela Conferência, mas que no dia a dia, quando alguém procurava um Serviço de Saúde, além de não ter o atendimento que necessitava, ainda era tratado com desrespeito pelo funcionário do setor” (CMS, Lages, 1993).

Os acontecimentos suscitaram questionamentos dos técnicos do nível regional e estadual, tais como: 1) por quê o projeto não enfrentava a aparente dicotomia existente entre planejamento das ações e diagnóstico de saúde? 2) quais os rumos que tomaríamos, dada a falta dos monitores com nível superior e profissionais médicos? 3) como enfrentar a resistência dos profissionais médicos e de algumas Prefeituras? 4) o quê fazer com a participação popular?

Esses questionamentos mudaram o rumo do trabalho, e a primeira questão enfrentada foi a da dicotomia entre planejamento e epidemiologia. Como fugir à

⁷ Número esse previamente definido entre técnicos do nível regional, estadual e USP (Universidade de São Paulo), após considerações sobre o número mínimo necessário para acompanhar e monitorar o andamento do projeto nos municípios envolvidos.

falsa polêmica epidemiologia *versus* planejamento? Nem a epidemiologia tem razão de existência a não ser para embasar o planejamento de ações de saúde, nem o planejamento consegue existir sem sua inserção na realidade (neste caso, realidade de saúde, parcialmente mensurável por instrumentais epidemiológicos). Embora áreas de conhecimento distintas, epidemiologia e planejamento em saúde são complementares e necessárias uma à outra, cada qual transcendendo à outra no desenvolvimento de ações específicas.

Assim, a construção da proposta Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida, saiu da área específica de diagnósticos epidemiológicos e passou a permear o interstício destas duas áreas: epidemiologia e planejamento, transformando-se numa metodologia que as perpassa, permitindo uma aproximação menos parcial aos problemas coletivos de saúde, se a eles for associada a participação de diferentes extratos sociais. Configura-se, aqui, uma dificuldade no relato da experiência, pois além de ser desenvolvida por fatos e representações próprias das situações particulares encontradas, também continha um modo peculiar de ser feito, ou seja, uma metodologia construída no próprio processo, uma vez que a estrutura prévia foi sendo reformulada, na medida em que seus elementos constitutivos o exigissem.

A epidemiologia é definida como a “ciência que estuda os agravos nas populações e seus determinantes”. Variadas interpretações têm sido dadas a esta definição, ressaltando aquelas de Castellanos (1990) e Brehil (1991).

O primeiro considera que o modo como as pessoas produzem e reproduzem sua sobrevivência cria determinadas necessidades, satisfeitas ou não, e que as necessidades não satisfeitas transformam-se em problemas, inclusive problemas de saúde. Desenvolve-se, a partir daí, uma metodologia de análise da situação de saúde com base nos determinantes do processo saúde-doença.

Já, Brehil, trabalha a partir do perfil de saúde-doença das classes e grupos sociais, considerando a determinação social do processo saúde-doença a partir da inserção de classe de cada indivíduo.

Apesar da precocidade da afirmação, penso que a metodologia desenvolvida por ambos é de difícil assimilação por parte dos principais atores sociais envolvidos nos processos saúde - doença: os sujeitos sociais experenciam quotidianamente os resultados das políticas públicas. A objetividade de seus problemas de saúde vinculam a necessidade ao atendimento, antes de ser à sua determinação, ou seja, a solução mais imediatamente apontada refere-se aos meios e estratégias sociais para dar seguimento às suas demandas. Obviamente, não estamos abandonando o caráter social desta determinação, mas, na análise popular, pode ficar temporariamente suspenso, por critérios de prioridade bastante óbvios, como a necessidade de livrar-se da "dor", antes de qualquer outra coisa.

Por outro lado, o afã de planejar políticas públicas pode descaracterizar estas prioridades, quando se vislumbra benefícios mais duradouros a médio e a longo prazo.

Todavia, ambos os olhares não resultam em soluções benéficas evidenciáveis, a menos que sejam tratadas, recuperando-se como lados de um projeto social coletivo. Neste caso, necessitamos pensar o planejamento como meio e não como fim, compreendendo e avaliando as propostas mais em evidência, para chegar a uma versão mais aglutinadora e menos burocrática.

Por outro lado, planejamento estratégico é considerado, por exemplo, como a capacidade de planejar, tendo em vista o pensamento do outro, sua intervenção, suas prioridades e os conflitos daí oriundos. Cabe à área do planejamento estratégico - especialmente no tocante à saúde -, a possibilidade de planejar, tendo em vista as diversas visões e intervenções na realidade, de modo que o planejador consiga antecipar-se aos obstáculos, tornando possível a hegemonia de seu pensamento no conjunto dos atores sociais envolvidos.

Em relação ao segundo problema encontrado, a falta e/ou desinteresse dos técnicos do setor saúde em participar do Projeto de Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida, é por demais conhecida a relação de poder exercida pelos mesmos sobre os usuários do serviço, e penso estar relacionada com o próprio trabalho em saúde, com seu ranço exotérico, quando estabelece

limites claros entre os técnicos e a população, tornando-os estranhos às pessoas, e esotérico, quando desenvolve linguagens e rituais tão específicos que se tornam misteriosos às pessoas.

O trabalho em saúde insere-se entre as formas que os homens encontraram para tentar solucionar problemas relativos à capacidade (individual /ou coletiva) de enfrentamento das adversidades oriundas da luta pela sobrevivência, circunscritas ao espaço físico e mental e determinadas pelos mais diversos fatores (segundo cada visão em particular).

O setor saúde pertence ao chamado setor de serviços, que, para Marx (1987, p. 56), deve ser visto por sua utilidade, pelas necessidades que satisfazem, seja para recuperar bens, para preservá-los, ou para uso pessoal. Serviço “não é em geral mais do que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade”. O trabalho na saúde pode ser visto como um serviço inserido no setor terciário, ou setor de serviços, das sociedades industriais avançadas.

Segundo Offe (1984), ainda há muita confusão por parte dos teóricos e pesquisadores, tanto no que se refere às conceituações, como na abordagem do setor de serviços nas investigações empíricas. Mas é certo que sua importância e relevância se deve ao fato do seu crescimento absoluto e relativo na sociedade contemporânea e de projeções que indicam seu crescimento futuro. Offe (1984, p. 15) considera que o setor de serviços

“abrange a totalidade daquelas funções no processo de reprodução social, voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade”.

Assim, diz o autor,

“a identidade sociológica das atividades de prestação de serviços consiste em que todas elas têm a ver com a segurança, conservação, defesa, vigilância, certificação das formas históricas de circulação e das condições funcionais de uma sociedade”(1984, p. 18).

Portanto, o que caracterizaria o setor de serviços seria a sua função de manutenção de algo, sejam estes objetos físicos, subjetivos ou simbólicos, tal como a saúde, o prazer, a dignidade.

Na Medicina moderna, o trabalho em saúde aparece como um trabalho nobre, sujeito a um padrão hierárquico, cujo objeto e produto final ocupam, na maioria das vezes, o mesmo espaço, ou seja, o corpo dos indivíduos, que deve ser manipulado de forma a possibilitar a permanência da, ou a volta à, normalidade funcional e estrutural.

O processo de trabalho em saúde possui a particularidade de ser realizado predominantemente com a presença consciente de um de seus objetos: o usuário. Aqui há a participação do consumidor no próprio processo, que ocorre através do contato direto entre o prestador da assistência e o usuário do serviço. Este contato é produzido pela manifestação de uma necessidade do próprio "objeto", ao mesmo tempo em que o prestador da assistência confirma sua intenção de intervir para satisfazê-la.

As instituições que contêm este trabalho, na atualidade, têm como finalidade predominante a cura e/ou prevenção de doenças, o que pressupõe ações concretas: a separação do objeto de trabalho da natureza sob um ponto de vista⁸, a utilização de certos meios de trabalho (o conhecimento, hospitais e tecnologias), e a manipulação do objeto de trabalho através do uso destes instrumentos.

Para a realização do processo de trabalho em saúde, seus executores e planejadores travam relações não somente entre si, mas também com os usuários, relações essas hierarquizadas, de dominação e subalternidade (como diz Gramsci), principalmente pelas questões ligadas aos processos de exclusão social, cultural e política.

Num primeiro momento, parece que o trabalho em saúde é concretizado numa relação de ajuda, entre o prestador da assistência (trabalhador de saúde) e

⁸ Interessante seria analisar se a coisificação do "paciente" não faz parte da separação do objeto de trabalho de sua natureza, portanto de sua humanidade.

o usuário (aquele que deve ser ajudado a solucionar seus problemas). Arriscaria a dizer que, além dessa aparência (e não que ela não exista), escondem-se relações de dominação, nas quais o trabalhador em saúde tem a capacidade - formal, oficial e legal - de decidir sobre o melhor para o paciente (usuário), que deverá aceitar as decisões passivamente, ou, quando muito, cooperar para que essas decisões sejam melhor implementadas.

Aqui, os ideais de democracia, igualdade e cidadania tão almejados pelo homem sofrem um sério revés. Isto nos mostra a importância social de cada trabalhador da saúde, que independe de sua função hierárquica na escala interna do processo de trabalho em saúde e que transcende sua atuação técnica, transformando-o em um formulador de opiniões e de condutas acerca do processo saúde doença, requerendo uma elevada consciência ética.

Visto isso, para resolver o problema da falta de monitores disponíveis, conforme a solicitação da USP – Universidade de São Paulo, assessora do projeto em desenvolvimento - , optamos por contar somente com os técnicos efetivamente interessados em envolver-se no projeto, independente de sua posição na hierarquia do setor saúde ou de sua formação escolar⁹.

Talvez, aqui esteja mais um ponto de ruptura da nossa experiência em relação a outras de participação popular em saúde. A partir do momento em que se envolveram no processo somente os interessados, sem considerarmos a sua posição hierárquica no trabalho em saúde ou na estrutura social local, deixamos abertos espaços para a explicitação de outras práticas e visões de saúde. No entanto, o motivo inicial foi a falta de interessados que contemplassem os critérios propostos pela USP, o que nos colocaria também diante de outra mudança estratégica, a de aceitar a evidência da prática como guia complementar ao da construção teórica contínua.

Para uma padronização do conhecimento e unificação da linguagem, seriam feitos cursos e oficinas de trabalho. Portanto, o critério principal para a

⁹ Já que, como mencionei anteriormente, o trabalhador em saúde possui importância local.

escolha dos monitores tornou-se a vontade política individual da pessoa em participar do projeto.

A terceira e a quarta questões foram enfrentadas conjuntamente. A resistência de algumas Prefeituras e dos profissionais médicos, no nosso entendimento, só seria vencida com a participação articulada das entidades não governamentais e a parceria estabelecida entre estas, os monitores e técnicos responsáveis. A resistência apresentada pelos governos municipais tinha como fundamento, (além de outros que mencionarei mais a frente), a política adotada para o setor saúde no país e em Santa Catarina e repetida mecanicamente em cada município. O planejamento das ações de saúde públicas, coletivas e gratuitas, em Santa Catarina, segue a lógica do planejamento federal. Seus serviços são executados a partir de políticas nacionais, de forma vertical e hierarquizada. Programas como o do Cólera, Infecções Respiratórias Agudas, Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Epidemiológica, entre outros, são priorizados, a partir de critérios, por um lado, desconhecidos pelos técnicos municipais e, por outro, calcados em uma única (e idealizada?) realidade, desconsiderando as diferenças e peculiaridades encontradas em cada comunidade ou região.

Nesse ponto, a epidemiologia não pode ser apenas uma idéia associada a indicadores, mas sim representar realidades locais de saúde, algo que resulta em pensar o planejamento a partir de prioridades locais, tornando-se critério para o desenvolvimento das ações de saúde.

Deve também, articular-se intimamente com a área do planejamento das ações, área essa que deveria contemplar as peculiaridades do processo saúde doença e de suas determinações.

A epidemiologia é um instrumental cujo manuseio proporciona, tanto a detecção e análise dos problemas de saúde que ocorrem com pessoas concretas, as quais, sua vida e as estratégias de sobrevivência traçadas, estabelecendo hábitos e estilos, conformados, grosseiramente falando, em um perfil saúde doença próprio e de capacidade biológica e psicológica de enfrentamento da

própria vida peculiar, quanto a avaliação do impacto das ações coletivas originadas na análise dos problemas de saúde (sejam estas governamentais ou não).

A primeira proposição, a da análise do processo saúde doença das coletividades, tem sido muito debatida e realizada. Cabem aqui, desde a vigilância epidemiológica de agravos específicos (o mais comumente realizado pelos serviços públicos de saúde), até aquelas análises mais complexas acerca das relações entre formas de viver e processo saúde doença.

A segunda proposição, de utilização do instrumental epidemiológico com a finalidade de avaliar ações de saúde previamente traçadas, é menos comum, ao menos no cotidiano dos serviços de saúde, que deve estar articulado aos serviços de planejamento em saúde.

Há, na concretude diária dos serviços públicos de saúde, a idéia de que epidemiologia e planejamento são áreas díspares e autônomas entre si. A comprovação deste fato nos vem da própria organização dos serviços de saúde, seja na Secretaria de Estado da Saúde em Santa Catarina, ou no próprio Ministério da Saúde, que possuem órgãos e Diretorias específicas, seja para o planejamento das ações e políticas públicas, seja para a análise do processo saúde doença, que desenvolvem ações independentes entre si, sem a menor articulação.

A atuação dos serviços de saúde, com aparentes dicotomias entre o analisar e o planejar as ações coletivas de saúde, se reproduz incessantemente e, enquadra-se no que Foucault (1979, p. 719) denomina de poder pastoral, no qual

"o poder do pastor se exerce menos sobre um território fixo que sobre uma multidão em deslocamento para um objetivo: ele (o pastor), tem o papel de fornecer ao rebanho sua subsistência, de velar quotidianamente e de garantir sua segurança (salvação - salut); enfim, trata-se de um poder que individualiza, atribuindo, por um paradoxo essencial, a uma só ovelha o mesmo valor que valor que ao rebanho todo."¹⁰

¹⁰ IN: Barison, 1998

O pastor, no tocante ao processo saúde-doença local, tanto pode ser identificado no âmbito das políticas federais, que trata as diversas regiões como “ovelhas” idênticas, com necessidades iguais, como no âmbito da concretização desses programas nacionais, na medida em que os técnicos assumem o papel de prepostos do pastor, adotando as regras gerais, mesmo que racionalmente possa ser evidenciada sua inutilidade local.

A desconsideração com as diferenças e complexidades locais traz sérias distorções às ações de saúde – em nosso caso as de Santa Catarina - , como as apontadas a seguir.

Há uma sobra de 954 leitos hospitalares em Santa Catarina (considerando o parâmetro de 2.53 leitos por 1.000 habitantes utilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil), que não se traduzem em acesso do usuário à internação hospitalar.

O Programa de Saúde da Mulher, no tocante ao atendimento e prevenção do câncer de colo uterino, prevê como meta o atendimento de 30% do total de mulheres em idade fértil, indistintamente, sem considerar os 70% restantes das mulheres, ou sequer investigar os grupos de risco a esse agravo.

Agravos como cisticercose ou intoxicação por agrotóxicos, apesar de sua ocorrência estadual, não são priorizados, já que não advém de uma necessidade federal, independente de sua magnitude ou transcendência locais.

Um dos suportes de financiamento do Sistema Único de Saúde são as AIHs (autorização de internação hospitalar), guias de pagamento efetuadas por internações hospitalares, o que coloca como base de sustentação dos serviços de saúde a doença, e não a prevenção. Além disso, a AIH tem tido seu preço diminuído gradativamente nos últimos 5 anos²⁵.

O REFORSUS - reforço financeiro aos recursos do SUS em Santa Catarina, prevê a injeção de recursos somente nos locais onde já existem serviços de saúde implantados, sem considerar a necessidade concreta de investimentos no setor ou da criação de novos serviços.

Em 1998, o Ministério da Saúde criou o “Cartão Nacional de Saúde” , implantando o mesmo em 8 municípios brasileiros, sem a prévia discussão com os Estados, e cujo custo estimado aproxima-se a R\$4.50 por habitante mais os equipamentos de informática, totalizando em torno de R\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais) para sua implantação no território nacional.

Situações semelhantes a essas ocorrem em todas as áreas do setor saúde e demonstram a lógica centralista utilizada no planejamento e execução das políticas, que desconsidera, na maioria das vezes, a realidade de vida das pessoas e as necessidades concretas daí oriundas, haja visto a pouca utilização do instrumental epidemiológico para a realização das ações de saúde e a escassa participação popular na elaboração das políticas públicas (apesar da disseminação dos Conselhos de Saúde).

Radicalizando as afirmações anteriores, poderia dizer que os serviços de saúde em Santa Catarina e no Brasil, seu planejamento e a realização de suas ações, acontecem apesar do usuário, cabendo a este o papel de simples depositário para algumas políticas. E isto numa época em que a consolidação do SUS, com seus preceitos de universalização, democratização, hierarquização e equidade são tão propalados nos discursos políticos e nas metas governistas.

Intriga as visões e ideologias por detrás das políticas efetivadas. Qual sua origem? Que grupos se beneficiam com elas? Que atores sociais “manipulam” a coletividade, para que suas idéias prevaleçam? Que resistência ou formas de uso há nos grupos que as experimentam?

Fica cada vez mais presente a necessidade de possibilitar a explicitação das mais diversas visões sobre os problemas de saúde locais, até mesmo para evidenciarmos que grupos existem localmente e qual deles beneficiar-se-ia com o avanço ou o retrocesso do projeto desenvolvido.

²⁵ A partir de 1999, o Ministério da Saúde previu o repasse aos municípios do PAB – Piso de Atenção Básica -, baseado no número de habitantes.

Para isso, tínhamos que colocar num mesmo local, para discutir os problemas de saúde, não somente todos os interessados em construir o projeto, mas também os resistentes.

Mas, a discussão prévia sobre a busca da igualdade política entre cada participante do projeto não nos permitiu incentivar explicitação da contradição inicial entre profissionais médicos, algumas prefeituras, movimentos populares e técnicos do setor saúde. Ao contrário, instigou-nos a abordar a resolução dos problemas locais de saúde, sob a ótica da solidariedade social e da consolidação de parceria entre todos os participantes do projeto, oportunizando o debate das diferentes visões.

Assumimos, a partir dessas reflexões e dos problemas encontrados, como eixo central do referido projeto, a “contribuição da saúde na construção da cidadania” (Dornelles & Julio, 1996, p.3) e resolvemos enfrentar os primeiros obstáculos apostando na participação das entidades não governamentais e no interesse dos cidadãos em construir mecanismos capazes de fortalecer sua participação e o seu controle na elaboração de políticas de saúde.

Aqui, criava-se o embrião da tecnologia desenvolvida posteriormente, ou seja, uma tecnologia de abordagem de participação popular e controle social sobre as ações de saúde.

Havia ainda uma dúvida: como operacionalizar a proposta de esquemas matriciais preconizada por Castellanos (1990) para a análise da situação de saúde, apontada anteriormente, dada a complexidade da mesma e a nossa dificuldade em apreender o esquema proposto? Também questionávamos a possibilidade dos monitores apreenderem técnica tão sofisticada.

Nascia o sentimento de que a democracia só poderia ser exercida a partir do momento em que todos estivessem instrumentalizados para o embate democrático, neste caso, instrumentalizados para a definição e priorização dos problemas de saúde locais. E a referida proposta não proporcionava isso, pela (como já mencionei anteriormente) complexidade e sofisticação técnica necessárias para sua execução.

Para nós, a aproximação com a realidade, a fim de construirmos diagnósticos sucessivos de saúde, poderia ser feita de diversas maneiras: pela análise epidemiológica de indicadores de morbi-mortalidade; pela utilização de técnicas epidemiológicas e de planejamento sofisticadas²⁶; pela participação dos moradores, a fim de conhecer a realidade local, entre outras.

Mas, a realização de ações de planejamento em saúde – de modo que estas caminhassem para a resolução de problemas detectados nos diagnósticos de saúde, dependeria da vontade dos monitores em participarem efetivamente do trabalho. Para isso, as técnicas a serem utilizadas deveriam ser de fácil assimilação e aprendizagem por todos aqueles interessados em participar do processo (monitores ou não).

Esta postura nos remete à discussão acerca da liberdade e democracia. Já mencionei sobre a adesão consciente de cada um ao processo de construção da participação popular e de um novo modo de pensar e agir em saúde. Tal adesão deve ser fundada na liberdade e efetivação de instrumentos democráticos que tornem possível o exercício da cidadania em toda sua complexidade e extensão.

Rousseau (2.000, p.31), criticando severamente as relações hierárquicas feudais, ao tratar da liberdade coloca:

“renunciar à sua liberdade é renunciar à sua qualidade de ser humano, aos direitos da humanidade, mesmo aos seus deveres. Não há compensação possível para alguém que renuncie a tudo. Uma tal renúncia é incompatível com a natureza do ser humano e despojar sua vontade de toda liberdade é idêntico a despojar suas ações de toda moralidade”.

Nesse sentido, a liberdade é inerente à condição de humanidade do homem, ainda numa perspectiva de possibilidade de convivência harmônica entre homens honrados e preparados pela educação. Não deixa de ser, por um lado, um modelo idealizado de cidadania, e, por outro, uma utopia aos moldes do “reino da liberdade” de Marx. O que os diferencia é que Rousseau sustentava seu pensamento na premissa de que os homens são naturalmente bons e Marx indicava a

²⁶ Em relação a isto, todos somos conhecedores da ampla gama de técnicas complexas, que muitas vezes reproduzem o domínio dos técnicos sobre os usuários dos serviços, sob o discurso de neutralidade e cientificidade.

necessidade de superação das necessidades materiais para a emergência de uma nova consciência coletiva.

Mas, que liberdade é essa? Bobbio (1996, p.48) atenta para duas formas de liberdade, habitualmente chamadas de “liberdade negativa” e “liberdade positiva”.

A liberdade negativa, segundo esse autor, configura-se na “ausência de algo” (p.51) e pode ser formulada classicamente, pela “acepção de liberdade dada por Montesquieu: ‘a liberdade é o direito de fazer tudo o que as leis permitem’”(idem, p.50). Aqui, a liberdade envolve a existência de limitações (ou da falta delas) às condutas, quaisquer que sejam estas. Rousseau (2.000, p. 26) a menciona quando diz que

“se todo povo é constringido a obedecer e obedece, faz bem: mas, se é capaz de abalar o jugo e o abala, faz ainda melhor, pois recuperando sua liberdade mediante o mesmo direito pelo qual ela lhe foi arrebatada, ou vê nele a base para retomá-la, ou não havia, de modo algum, direito para que dela a subtraíssem”.

A liberdade positiva também é chamada de “autodeterminação ou autonomia” (Bobbio, 1996, p. 51-63), ou, “a capacidade de se mover para uma finalidade sem ser movido”. Mais uma vez, aqui, recorremos a Rousseau para aprofundar este tema.

Para ele²⁷, o homem nasce livre (esta é a liberdade natural), mas pode sofrer restrições à sua liberdade devido a obstáculos dados na sobrevivência, não ocasionados pela negligência ou exercício de poder de outros homens, mas gerados naturalmente, dizendo:

“suponho os homens chegando àquele ponto em que os obstáculos prejudiciais à sua conservação no estado de natureza sobrepujam, por sua resistência, as forças que cada indivíduo pode empregar para se manter nesse estado. Então, esse estado primitivo não pode mais subsistir e o gênero humano pereceria se não alterasse seu modo de ser” (2.000, p. 35).

Assim, procura uma “forma de associação que defenda e proteja de toda a força comum à pessoa e os bens de cada associado e pela qual cada um, se u-

²⁷ Utilizo-me dos seguintes textos para apontar a questão da Liberdade Positiva: Rousseau “Do Contrato Social” e Dent “Dicionário Rousseau”, ambos citados na bibliografia

nindo a todos, obedeça, todavia, apenas a si mesmo e permaneça tão livre como antes” (2.000, p. 35). Para garantir tal possibilidade, Rousseau elabora as cláusulas do que intitula de “contrato social”, onde, segundo ele todas elas se reduzem apenas a uma só: “a alienação total de cada associado com todos os seus direitos à toda comunidade, pois primeiramente, cada um se dando por inteiro, a condição é igual para todos, e a condição sendo igual para todos, ninguém tem o interesse de torná-la onerosa para os outros”(2.000, p. 36). Para ele, o contrato social é a base de toda sociedade civil e é na natureza desse contrato que devemos procurar a base da sociedade que ele forma.

Seu raciocínio é o seguinte: cada pessoa associa-se às outras pessoas e coloca seu poder sob a suprema direção da vontade geral e, desse modo, é um contratante. Essa associação com as outras pessoas (originalmente determinada pela vontade individual de cada pessoa) forma uma pessoa pública, um corpo moral e coletivo, “composto de tantos membros quantas vezes na Assembléia” (p.120). Essa pessoa pública pode ter outros nomes, como corpo político - quando passivo; soberano - quando ativo; potência - ao ser comparado com outras pessoas públicas. Seus membros são agora denominados povo - no coletivo; cidadão - individualmente; e súditos - quando submetidos à autoridade.

O ato de associação traz consigo o compromisso mútuo do público e do individual, em que cada um, contratando consigo mesmo, “se encontra comprometido duplamente, a saber, como membro do soberano em relação aos particulares, e como membro do Estado em relação ao soberano” (p. 120).

Assim, “o povo não contrata senão consigo mesmo (...), os particulares não estando sujeitos senão ao soberano, e a autoridade soberana não sendo outra coisa que a vontade geral” (p. 121).

Para Rousseau (1995, p. 124), quanto maior o número de envolvidos no contrato, menor é a liberdade de cada um, ou, como dizia:

“suponhamos que o Estado seja composto de dez mil cidadãos. O soberano não pode ser considerado senão colectivamente e como instituição; mas cada particular tem, como súdito, uma existência individual e independente. Assim o soberano está para o súdito como dez mil para um; isso quer dizer que cada

membro do Estado não tem por sua parte senão a décima milésima parte da autoridade soberana, embora lhe seja submetido por inteiro. Se o povo for composto de cem mil homens, a condição dos súditos não muda e cada qual suporta sempre todo o império de leis, enquanto seu sufrágio reduzido ao centésimo milésimo tem dez vezes menos influência na redação delas. Assim, permanecendo o súdito sempre um, a relação do soberano aumenta em razão do número dos cidadãos. Do que se conclui que quanto mais o Estado se amplia, mais a liberdade diminui”.

Assumimos a concepção de liberdade positiva, acreditando na capacidade de autodeterminação das comunidades e na possibilidade de construção de um novo modo de pensar e agir em saúde, fundado no controle social e na construção de um contrato, baseado na solidariedade entre os diversos participantes do processo, num processo em que as condições objetivas dos problemas são avaliadas num processo de explicitação de seus significados e razões locais, dando um caráter de práxis transformadora ao processo.

O passo seguinte foi reunir, num mesmo local, representantes da sociedade política e das entidades não governamentais dos municípios componentes da região serrana.

PASSO 4 - Realização do Seminário Regional de Saúde – com a participação de 170 pessoas, representantes do Departamento de Medicina Preventiva da USP, de entidades civis, de governos e de serviços públicos dos municípios e região, para a apresentação e discussão do projeto, sua operacionalização e a eleição de representantes dos movimentos populares para participarem da coordenação do mesmo.

Este Seminário foi amplamente divulgado e tinha como objetivo inicial superar a resistência apresentada pelos governos locais para o desenvolvimento do projeto. Foi apresentado o primeiro diagnóstico de saúde e debatida a importância da participação coletiva na resolução dos problemas por ele apontados. Os representantes dos movimentos populares foram escolhidos pelos critérios de vontade de participar e por votação.

Assim, ficaram como representantes da Região do Planalto Serrano: um membro da Cáritas Diocesana Regional, um da Pastoral da Saúde e um da Fede-

ração de Associações de Bairros da Região Serrana. Estava completo o número de monitores responsáveis pelo andamento do projeto, escolhidos pelos critérios acima descritos.

PASSO 5 – Capacitação dos monitores - professores do Departamento de Medicina Preventiva a USP, realizaram um curso de 40 horas-aula de capacitação aos monitores escolhidos. Este curso constava especialmente de indicadores epidemiológicos, processo de participação social em saúde, elaboração de políticas públicas, cidadania e Estado.

Os 12 monitores, compostos por três representantes de entidades não governamentais, um representante da sociedade política e oito técnicos em saúde – enfermeiros, educadores sanitários e assistentes sociais – passaram a compor a coordenação regional do projeto e a reunir-se sistematicamente uma vez a cada mês. Inicialmente, a idéia comum era a de realizarmos Seminários de Saúde em cada município envolvido, a fim de discutir o primeiro diagnóstico e encontrarmos soluções para os problemas nele levantados.

PASSO 6 – A Organização dos Seminários Municipais de Saúde - O acertado entre os monitores foi que, em cada Seminário de Saúde, todos os moradores da comunidade seriam convidados, a fim de discutirem o diagnóstico de saúde e eleger os principais problemas de saúde.

Esta dinâmica, nos Seminários, foi aplicada somente nos municípios de Urupema e São José do Cerrito, pois percebemos que, ao chegar com um diagnóstico pronto, nosso ponto de vista técnico – e não havia como não sê-lo, já que nosso trabalho era, naquele momento, fundado em critérios puramente técnicos – dirigia a discussão sobre os problemas de saúde locais, a partir da análise dos indicadores já referidos. E isso não possibilitava nem um conhecimento mais efetivo da vida local, e muito menos a perspectiva de construção da participação popular em saúde.

A partir do momento em que repetíamos velhas práticas – apesar de novos discursos -, a resposta seria a mesma: a dominação técnica não construía e nem estimulava a criação de um novo modo de pensar e agir em saúde.

Assim, foi rediscutida, entre os monitores, uma nova dinâmica para os Seminários de Saúde, que possibilitasse a reflexão coletiva sobre os problemas de saúde percebidos pela comunidade local como tal, e fizemos uma nova tentativa de detecção dos problemas, baseada em um roteiro de discussão (ANEXO I), elaborado pelos monitores, a partir de dados e indicadores sócio-econômicos e de morbi-mortalidade (os mesmos utilizados para o diagnóstico em saúde), agora oferecidos a todos no momento da discussão em pequenos grupos.

Este roteiro era um rol de perguntas sobre a vida das pessoas em cada município e teve fundamental importância na detecção dos problemas, uma vez que, a partir dele, as pessoas debatiam sobre sua vida cotidiana e levantavam problemas considerados concretos por elas.

A nossa tarefa (enquanto monitores) consistia basicamente de orientar a discussão nos grupos e clarear dúvidas acerca das perguntas contidas no roteiro e na forma de escrever o que os grupos considerassem problemas.

Nesse período, por cortes ocorridos no Governo Federal, a USP deixou de prestar assessoria ao nosso Projeto, então denominado "Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida", ficando o mesmo sob responsabilidade única e exclusiva dos monitores e sob minha coordenação, no Estado de Santa Catarina.

Perdemos, também, o contato com uma assessoria da Organização Pan Americana de Saúde. A saída da OPS e da USP significava, além da falta de verbas para a continuidade do trabalho, o término da capacitação dos monitores e o fim da discussão teórica, pois pensávamos que uma assessoria com uma Universidade supriria os nossos questionamentos acerca do próprio Projeto em si: seus objetivos, sua metodologia, como operacionalizar, que rumo tomar, que aliados buscar.

Foi o primeiro revés por que passamos, sentindo a necessidade de elaborar e clarear teoricamente a experiência que vivíamos, por demais complexa e sem possibilidade para que isso ocorresse, pelo menos imediatamente.

A questão é que o projeto Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida já havia sido assumido por muitas Prefeituras e entidades não governamentais. Por parte dos Governos Municipais, percebíamos que o conhecimento da realidade do município possibilitado pelo trabalho, instrumentalizava-os para agir sobre a própria realidade. Já, as entidades não governamentais assumiram-no pela perspectiva de interferência na qualidade de vida dos moradores locais.

Quadro 2 - Dinâmicas dos Seminários

DINÂMICA INICIAL	DINÂMICA DESENVOLVIDA
Seminário amplamente divulgado, e convidados todos interessados em participar. Envio de convites a todas entidades governamentais, não governamentais e instituições públicas e privadas locais	Igual dinâmica inicial
Momento 1 - explanação dos técnicos sobre o diagnóstico de saúde local	Discussão entre os participantes sobre o entendimento de saúde e seus determinantes
Momento 2 – discussão coletiva sobre os principais problemas de saúde	Discussão em grupos sobre os principais problemas de saúde. Utilização do roteiro de discussão Listagem dos problemas ²⁸
Momento 3 – Eleição e discussão sobre os problemas de saúde locais	Plenária final com a discussão coletiva sobre os problemas de saúde locais, embasada nas discussões em grupo. Neste momento, o diagnóstico em saúde era utilizado como instrumento para fortalecer ou questionar os problemas levantados a partir das discussões em grupos

Assim, a pressão das entidades não governamentais e de algumas Prefeituras forçou-nos a dar continuidade ao trabalho, o que passamos a fazer somente com o pessoal de Santa Catarina, mais especificamente, com os monitores e entidades (do governo e da sociedade civil) da Região Serrana, participantes que teriam, daí em diante, a responsabilidade sobre a elaboração da proposta acrescida

²⁸ A orientação primeira dada em relação à listagem dos problemas em cada grupo de discussão era a de que um problema só pode ser resolvido quando é concreto. Assim por exemplo, saneamento básico não é um problema em si mesmo, e só se torna um quando é detalhado e situado no tempo, no espaço e nas pessoas que atinge. Ex.: falta de água tratada na rua X entre os trechos y e z.

da necessidade de buscar e desenvolver fundamentos teóricos para sustentar seu projeto.

Havia então um compromisso criado entre os monitores e as Prefeituras locais e entidades não governamentais. A necessidade surgida resultou na incrementação das oficinas de trabalho efetuadas entre os monitores locais e os técnicos do serviço público estadual de saúde de Santa Catarina, o aprofundamento das relações com entidades não governamentais (especialmente com a participação da Cáritas Diocesana e Pastorais da Saúde e da Criança do Planalto Serrano) e o estreitamento das relações com as Prefeituras locais.

Mais uma vez, o projeto inicial sofreu mais mudanças na dinâmica utilizada nos Seminários de Saúde as quais estão resumidas no Quadro 2.

Capítulo III

O processo e os resultados dos Primeiros Seminários de Saúde

Ao experimentarmos essa nova forma de realizar o Seminário de Saúde, notamos a grande participação dos moradores dos municípios, cada vez mais interessados em dizer o que pensavam sobre quais eram os problemas de saúde locais. Muitas vezes, como veremos adiante, os problemas listados não pertenciam ao *locus* saúde sendo, mesmo assim, colocados como determinantes do processo saúde-doença local.

Um fato importante a ser lembrado, que demonstra a importância local adquirida pelo trabalho desenvolvido, foi o de uma reunião do Colegiado de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde em 1995, cujo objetivo era o de traçar as metas para os recém empossados prefeitos e reivindicar auxílio ao Governo Estadual, apontando as três prioridades da Região, na seguinte seqüência:

1. Conclusão do Hospital Maternidade Regional;
2. Continuidade do projeto **Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida**, agora sob a responsabilidade do Governo de Santa Catarina;
3. Ampliação do número e da qualidade de medicamentos da CEME para os municípios.

Reforço que essa reunião denota a importância adquirida pelo trabalho por nós desenvolvido e o empenho das novas Prefeituras em dar continuidade a ele. De fato, o que percebíamos, na época, naqueles municípios que já haviam realizado o Primeiro Seminário de Saúde, é que estes seminários tornaram-se um guia de orientação para a ação municipal, tanto das entidades de cunho estadual (FATMA, EPAGRI, Secretarias de Saúde e Educação, etc.), quanto aquelas de cunho municipal ou não governamentais. Criava-se na região a noção de que o maior conhecimento dos problemas locais era benéfico, pois possibilitava seu enfrentamento, mesmo ainda estando o processo no início.

Durante a realização dos Seminários, foram muito comuns os conflitos e as discussões acaloradas, especialmente entre representantes de entidades governamentais e os das entidades não governamentais. Atuávamos (os monitores), nestas condições, como mediadores, e contávamos com valiosa participação de monitores pertencentes a áreas sociais da Igreja (como Pastoral da Saúde e Caritas Diocesana), que sabemos ser muito respeitadas, tanto pelos órgãos governamentais, como pelos representantes dos movimentos populares.

A existência do conflito nos angustiava, e refletimos muitas vezes sobre como enfrentá-lo construtivamente. Talvez uma pergunta a ser feita inicialmente é se a sociedade atual seria essencialmente de conflito, em que a totalidade de atores e grupos sociais seriam eternos gladiadores, com o objetivo de tornar seus planos os únicos. Ora, o conflito é inerente à sociedade de classes e, portanto, concreto, quanto a isso não podemos ter dúvidas. O conflito contém a necessária diferença entre as idéias humanas. Sua aceitação é sua superação, explicitada na busca do bem comum, que inclui a superação dessas classes, algo que vai sendo construído quotidianamente, por inúmeros processos, tanto os de luta pela afirmação da cidadania, como os de embates ideológicos.

Mas, a aceitação de conflito entre os atores e grupos sociais não pressupõe uma lógica do antagonismo³⁰, no sentido de anulação de um dos pólos conflitan-

³⁰ Entendo que a lógica do antagonismo baseia-se na tentativa constante dos atores sociais em tornarem hegemônica a sua proposta através da destruição da proposta (ou dos próprios) de seus oponentes. A hegemonia

tes. O ser humano, ao viver em sociedade, busca, para além do conflito, o alcance de relações sociais mais justas e humanitárias. Esse processo é desenvolvido pela e na construção de valores como a solidariedade, a igualdade, a democracia, e a liberdade. Por isso, há aqui a necessidade de uma redefinição da categoria conflito. Esta sai do eixo de lógica social de antagonismos em que vencedores anulam idéias e projetos dos vencidos, porque o conflito passa a ter uma conotação de diálogo de diferenças, tornando-se essencial para a construção dos valores acima colocados. Sua importância reside na riqueza e complexidade da própria sociedade (e conseqüentemente na riqueza e imensa gama de propostas de análise e intervenção para os problemas concretos). Se a realidade social é rica, multifacetária e complexa, nada mais construtivo do que a existência de diversas interpretações sobre a mesma, já que nenhum grupo ou ator social possui o privilégio de totalizar a realidade. Portanto, a categoria conflito deve ser analisada não de forma absoluta, mas nos resultados que podem possibilitar para a construção de uma sociedade mais justa e nas determinações que criam o próprio conflito.

Porém, não podemos fechar os olhos aos interesses individuais e grupais que permeiam as idéias postas ao debate, ou seja, não estaremos tratando de puros pensamentos, pois estes estão associados às intenções, estas, muitas vezes, não explicitadas e relativas a interesses particulares.

Assim, o desejo de mudar o foco da reflexão não pode ser uma ingênua aceitação das posições como necessariamente bem intencionadas. No entanto, do conflito como lógica de antagonismo e produção de hegemonia social do mais poderoso (técnico, religioso, moral ou político), passamos à convivência com o conflito como resultante admitida como expressão de uma sociedade (com seus devidos atores) complexa. O conflito em si mesmo revela essa complexidade, desde que as versões conflitantes sejam postas ao exame e à negociação. Cabe, então, a construção coletiva de mecanismos capazes de possibilitar a manifestação de todos atores e grupos sociais, na busca das soluções para os problemas coletivos,

que trato aqui é calcada na lógica da destruição das idéias oponentes. Outro caso seria a hegemonia de uma cultura que contemplasse as diversas visões de mundo como conseqüência da riqueza e complexidade da vida humana.

pela explicitação do conflito, e não pelo seu encobrimento, ainda que, no final, a intervenção não possa sempre ser múltipla, em razão de limites metodológicos e operacionais. Contudo, a decisão sobre qual ação será coletiva, o que poderá, isto sim, anular interesses exclusivamente pessoais.

Ao percebermos que, muitas vezes, as diferenças derivavam para discussões inúteis, que acabavam sem contribuir para a detecção de problemas locais, resolvemos realizar mais uma tentativa, baseada no seguinte: 1) o conflito deve existir, é inerente à complexidade social, mas deve ser superado e; 2) a superação do conflito dar-se-ia com o reconhecimento de sua existência e o aprofundamento da legitimidade do processo recém iniciado.

Isto só seria possível com a participação de mais pessoas e com a criação de mecanismos capazes de possibilitar a outros atores sociais a explicitação de suas idéias. Nesse sentido, os problemas listados no Primeiro Seminário passaram a retornar às comunidades de origem, e lista de priorização seria efetivada num Seminário Posterior. A esse respeito, voltarei mais adiante.

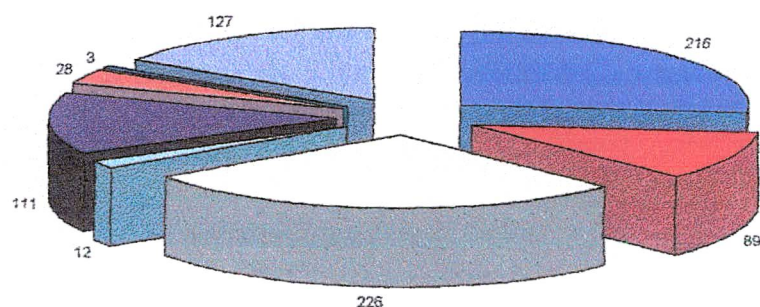
Assim, dando seqüência ao projeto que desenvolvíamos, os primeiros Seminários de Saúde foram realizados em 14 municípios do Planalto Serrano, entre os anos de 1994 a 1996, e contaram com 812 participantes, divididos nas seguintes Categorias: - **Sociedade Civil** (Associações de Moradores, Sindicatos patronais e de trabalhadores, Entidades e Congregações Religiosas, Associações de Gênero, Entidades de Lazer, Clubes de Mães, Associações de Pais e Professores, Conselhos de Saúde, APAEs, Pastorais, Rotary, Layons, Clubes de Diretores Lojistas; - **Setor político/governamental**: representantes dos Governos Federal, Estadual e Municipais; - **Trabalhadores em saúde**: dos níveis Federal, Estadual e Municipal sem cargo comissionado; - **Trabalhadores em Meio Ambiente**: da Fundação de Amparo à Tecnologia e Meio Ambiente –FATMA- ; Casan, EPAGRI, Secretaria da Agricultura (municipal e estadual), sem cargos comissionados; - **Trabalhadores em Educação**: da Secretaria de Estado ou Município da Educação, sem cargos comissionados; - **Trabalhadores de Serviços em Infra-Estrutura**: da CELESC, Bancos Públicos e/ou privados; TELESC, sem cargos

comissionados; - **Trabalhadores em Assistência Social:** Secretaria de Estado e/ou de Município da Família, Secretaria da Habitação, e Serviços Sociais das Prefeituras; - **Outros:** estudantes e demais participantes não inseridos nas outras categorias. O quadro 3, ao ser transposto para o Gráfico 1, pode expor mais claramente o conjunto da participação.

Quadro 3 - Participação no Primeiro Seminário de Saúde por setores sociais – Municípios da Região Serrana – 1994 - 1996

Município	Soc.	Set.	Trab.	Trab.	Trab.	Trab.	Trab.	Outros	Total
	Civil	Polít	Saúde	Meio amb	Educaç	Infra/estr	Secr.Social		
Anita Garibaldi	9	4	16	0	0	2	0	1	32
Bom J. Serra	50	3	9	0	0	3	0	0	65
Bocaina do Sul	7	11	28	0	4	0	0	27	77
Campo B. do Sul	8	9	9	0	19	3	1	3	52
Celso Ramos	9	5	6	1	4	0	1	0	26
Cerro Negro	5	12	1	1	2	1	0	0	22
Correia Pinto	37	8	31	4	58	14	0	85	237
Lages	40	10	70	0	6	0	0	8	134
Otacílio Costa	15	4	16	0	1	0	1	0	37
Ponte Alta	5	4	21	1	2	0	0	0	33
Rio Rufino	6	7	5	1	1	0	0	1	21
São Joaquim	4	3	2	3	0	0	0	0	12
São J. Cerrito	9	4	8	0	11	3	0	1	36
Urupema	12	5	4	1	3	2	0	1	28
TOTAL REGIÃO	216	89	226	12	111	28	3	127	812

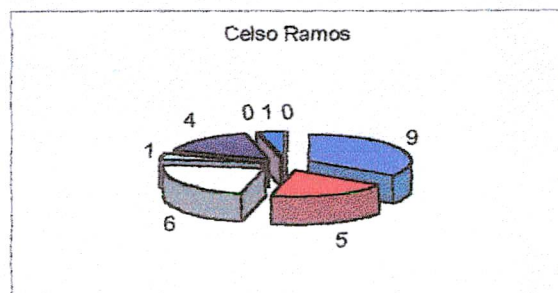
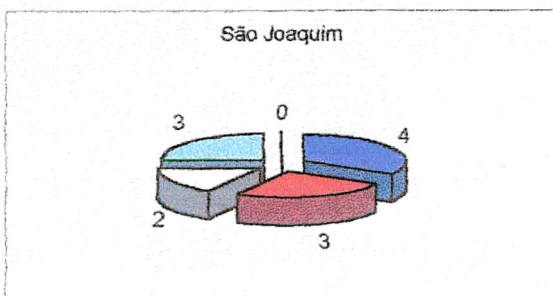
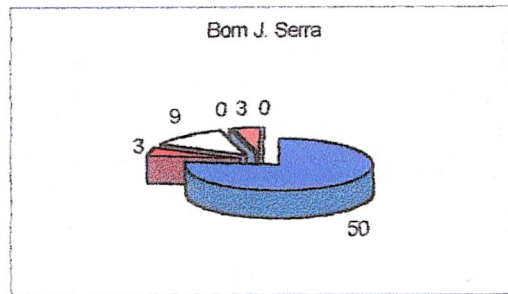
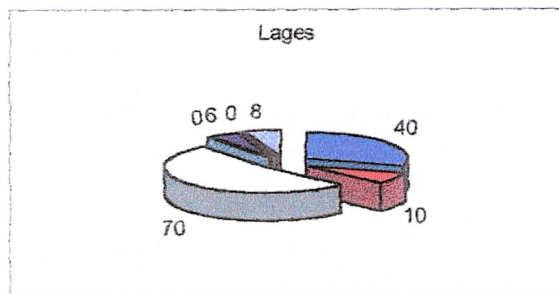
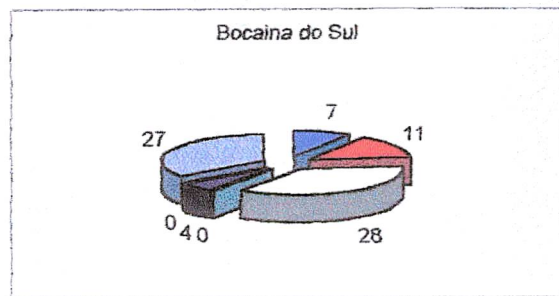
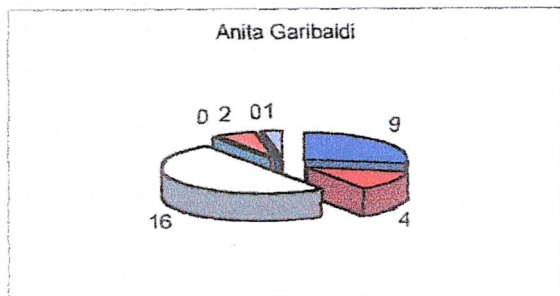
Gráfico 1 – Participação no Primeiro Seminário de Saúde – Região Serrana

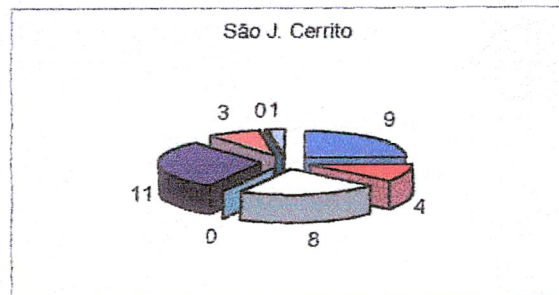
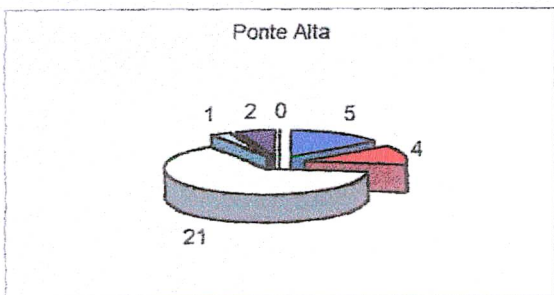
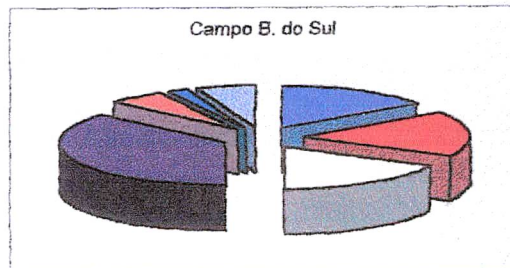
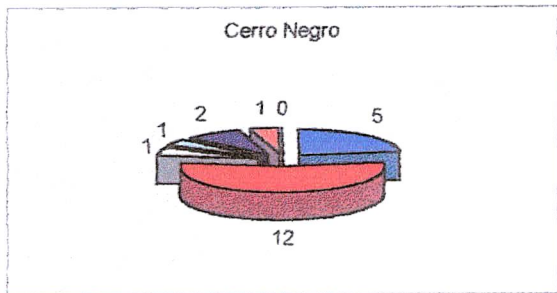
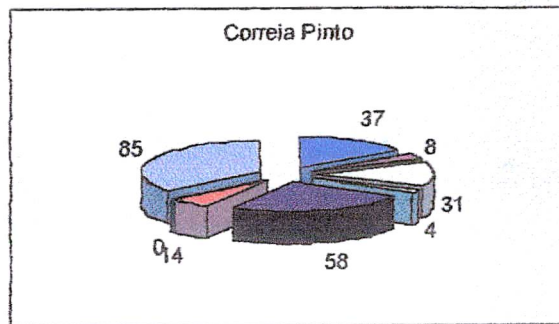
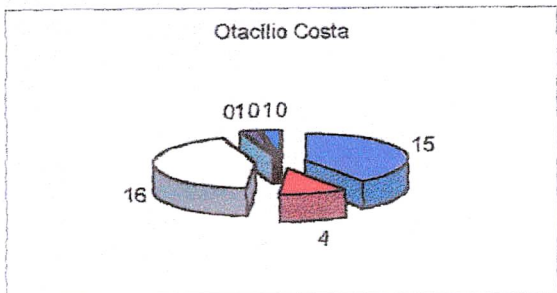
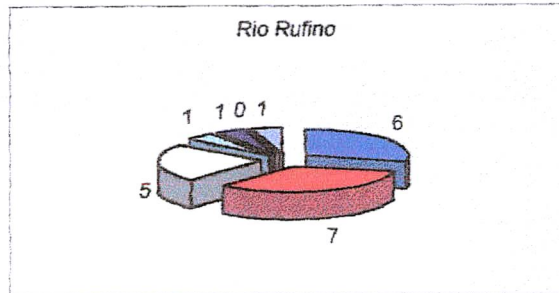
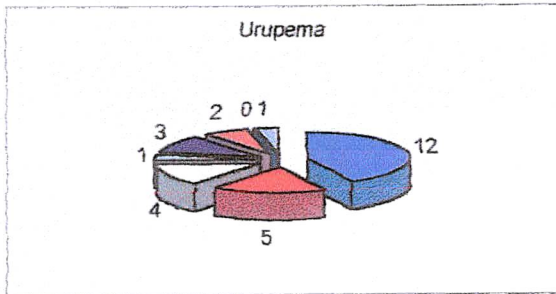


■ Soc. Civil ■ Soc. Política □ Trab. em saúde □ Trab. Meio amb. ■ Trab. Educação □ Trab. Infra estrutura ■ Trab. Secr. Social □ Outros

Do total dos participantes, 26.6% pertenciam à Sociedade Civil, 10.96% à Sociedade Política (setor político governamental), 27.83% eram trabalhadores em Saúde, 1.48% trabalhavam em setores do Meio Ambiente, 13.67% pertenciam ao setor educação, 3.57% à Infra estrutura, 0.37% à assistência e serviço social e 15.64 eram ou estudantes, ou não se enquadravam nas categorias acima.

Vejamos agora por municípios. As cores de cada categoria são as mesmas do gráfico anterior.





Em Bom Jardim da Serra, a sociedade civil representou 76,9% dos participantes do Primeiro Seminário de Saúde. Cerro Negro foi o município que contou com maior participação do setor político/governamental: 54,54%.

Quanto aos trabalhadores do setor saúde, em Ponte Alta 63,63% dos participantes eram deste setor.

Em São Joaquim, 25% dos participantes do Seminário trabalhavam em serviços voltados ao meio ambiente.

Campo Belo do Sul foi o município com a maior participação dos trabalhadores em educação. Entre os trabalhadores nos serviços de infra estrutura, Correia Pinto foi o município mais representado por este setor. Também aí houve a participação maciça de estudantes no Seminário de Saúde.

Espantou-nos a participação dos adolescentes nos seminários, fato que gerou diversas iniciativas de formação de grupos de adolescentes, coordenados por grupos já consolidados. A XV Regional de Saúde responsabilizou-se pela articulação de novos grupos de adolescentes naqueles municípios que ainda não os tivessem, e os grupos já existentes de outros municípios ensinavam aos novos como formar este tipo de grupo.

Para nós, envolvidos diretamente no projeto, a participação geral no Primeiro Seminário de Saúde (seja de entidades da sociedade civil, dos setores político governamentais ou trabalhadores dos diversos serviços) foi significativa, dado o objetivo do mesmo: a discussão de problemas de saúde. No decorrer dos trabalhos somaram-se novos participantes, o que mostrarei posteriormente.

Houveram muitas situações angustiantes, outras engraçadas, outras passíveis de indignação. Relato a seguir algumas situações peculiares, na tentativa de tornar mais rico esse texto³¹.

³¹ Utilizo para esses relatos a memória dos monitores e as anotações das discussões e oficinas de trabalho realizadas entre os monitores

Em Urupema, estávamos mostrando um trabalho da Regional de Saúde sobre contaminação das fontes de água do meio rural, pois 95% das fontes eram contaminadas por coliformes fecais, quando a Primeira Dama falou indignada: “Isso está errado! Nós protegemos todas as fontes!” Foi quando um representante do Sindicato dos Trabalhadores rurais pediu a palavra e disse: “Peraí, eu acho que a moça tem razão, porque vocês protegeram por cima.... Mas... e o que vem de baixo?”

No Seminário de Anita Garibaldi a discussão sobre o problema do alcoolismo nos mais pobres da cidade estava acalorada, quando um representante governamental disse: “Também! Esse pessoal nem sabe tomar banho! Quanto mais não beber! Nem estudar não querem! É claro que vão ficar o resto da vida desse jeito!”.... Nesse momento um representante da Igreja (padre) disse: “Perante Deus somos todos iguais, irmãos e filhos do mesmo pai! Temos a obrigação de ajudar ao próximo. Só assim cada um vai alcançar o Reino dos céus!”

Ainda em Anita Garibaldi, estávamos debatendo sobre a renda média mensal dos moradores locais. A minha tese era a de que as pessoas de lá eram muito pobres, porque 75% da população economicamente ativa recebia menos que 1 salário mínimo mensal. Fui questionada por um trabalhador de um Banco, que disse: “Que vida você acha que alguém que tem 5 hectares de terra, 3 vaquinhas, 12 galinhas, planta aipim, milho, feijão, tem ovelha.... Quanto dinheiro você acha que essa pessoa precisa para viver?” Foi quando percebi que os indicadores nem sempre expressam a qualidade de vida das pessoas.

Estávamos a debater em São Joaquim sobre o problema do acesso do usuário municipal aos serviços públicos de saúde, quando uma pessoa falou: “é, só quero ver o que a Prefeitura vai fazer com esses médicos daqui da cidade, que cobraram de uma parente minha R\$10.00 para fazer o parto dela”. Foi quando a maioria dos participantes levantou e começou a falar que também haviam cobrado pelo atendimento, ou dele, ou de algum conhecido.

Em Celso Ramos, os participantes, por mais que tentássemos ampliar o leque de problemas locais, voltavam sempre à mesma tecla: a falta de uma ponte

que ligasse seu município a Campos Novos. Quando perguntei: “porque vocês insistem tanto na Ponte?” Uma representante do Clube de Mães olhou para mim como se eu não entendesse nada, e disse: “ora só! Com a ponte, vem médico, vem enfermeiro, vem dentista, sai nossa produção, vem dinheiro, vem calcário....”

Em Otacílio Costa, estávamos mostrando o problema ambiental causado pela poluição nos rios devido à criação de porcos. Havíamos feito um estudo detalhado sobre as populações atingidas pela poluição, que sofreriam maior risco de ter cisticercose, verminose em geral, e outras doenças.... quando nos damos conta de que alguns rios correm em sentido contrário!

Os seminários mostraram a todos, monitores e trabalhadores do serviço de saúde, o tanto que desconhecíamos a realidade local de vida das pessoas, e como era urgente que saíssemos de nossa prepotência e nos colocássemos juntos, como parceiros na detecção e resolução de problemas de saúde. Tenho a impressão que esse sentimento foi generalizado nos atores sociais participantes dos seminários, ou seja, que somente em parceria e na maioria das vezes localmente, os problemas poderiam ser detectados e resolvidos, ao se aprender a ouvir, mesmo reflexões e proposições inusitadas e pouco convencionais.

Com os Primeiros Seminários realizados, partimos para as próximas etapas, que eram a categorização dos problemas por município e o encaminhamento dado aos problemas elencados neste primeiro Seminário. Durante a realização destes Seminários, discutimos muitas vezes com uma equipe de médicos cubanos responsáveis pela implantação do Programa de Saúde da Família em Santa Catarina, sobre como encarar os problemas de saúde levantados nos seminários. A dúvida era: o que é um problema de saúde, já que metade dos levantados nos seminários não pertenciam ao *locus* setor saúde?

A proposta dos mesmos era de que estes fossem priorizados a partir de uma técnica que contemplasse a factibilidade (colamento à realidade), viabilidade (possibilidade de resolução) e importância social do problema, sendo dado a cada um desses itens um peso (o peso máximo era 10, para o que tivesse muita factibilidade, muita viabilidade e muita importância social) para, no final, ser atribuída

uma média ponderada a esse problema. Quanto maior a média, mais prioritário esse problema seria.

Nossa dúvida era semelhante àquela que já tínhamos anteriormente em relação ao método matricial, a de reproduzirmos formas de dominação técnica, elencando problemas que, por mais importantes que fossem sob o ponto de vista técnico, não eram percebidos como tal pelas pessoas do local. E isso viria contra o que tínhamos construído até o momento, na perspectiva do reconhecimento de necessidades de saúde como categorias antropológicas de valor e não apenas por uma racionalidade científica.

Em Heller (1978, p. 115), podemos encontrar uma densa reflexão sobre o que ela denomina sistemas de necessidades, “próprio e característico [de cada sociedade] que de nenhum modo pode ser determinante para criticar o que corresponde a outra sociedade”, de maneira que a forma teórica só faria sentido se representasse exclusivamente a forma viva da comunidade real.

Houve muitas discussões e muitas possibilidades foram aventadas. O caminho que trilhamos para considerar os problemas de saúde como tal³² tentou abarcar tanto nossa preocupação inicial de apostar na participação social e no controle das ações de saúde, quanto na necessidade de algum embasamento técnico para a posterior medição de sua resolução ou agravamento. É claro que muitas vezes nos perdemos e não conseguíamos medir a evolução de alguns problemas específicos (como por exemplo, o problema da contagem populacional, por falta de instrumentos capazes de possibilitar isso), mas, em muitos deles, isto se tornou possível, e houve consenso local na eleição dos problemas de saúde como tal, ou dos problemas que, mesmo não pertencendo ao *locus* saúde, fossem entendidos como determinantes (diretos ou indiretos) do processo saúde-doença.

Castellanos (1990, p. 13), ao definir problema de saúde afirma que

³² Conclusões essas cujos fundamentos centram-se em três trabalhos, respectivamente: Agnes Heller – Una Revisión de la teoría de las necesidades(1978); Pedro L. Castellanos (1990) – Sistemas Nacionales de vigilancia de la situación de la salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar; e, Raynald Pineault (1989) – La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.

“cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhe são característicos, seja por sua idade, pelo sexo ou outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja por sua ligação econômico-social, que se traduzem em um perfil de problemas de saúde-enfermidade peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau sua realização como indivíduo e como projeto social”.

Desse modo, saúde e doença são expressões do viver e traduzem o processo concreto das experiências de cada pessoa, grupo ou comunidade, expressando “um conjunto de fenômenos particulares que, definitivamente, expressam a complexa forma da vida” (1990, p. 14). Esse processo é estreitamente articulado e interdependente de todas as manifestações da vida. E todas essas manifestações (incluindo o processo saúde-doença) são produzidas pelas condições de vida, que, por sua vez, “expressam a forma como se articula um dado grupo social no processo geral reprodutivo do conjunto da sociedade” (1990, p. 21).

Por isso, as condições de vida têm dupla importância: “a de expressar os processos gerais da sociedade e de ser mediadoras das determinações e dos problemas de saúde a nível individual e coletivo” (1990, p. 14-15). Agora, a mediação entre condições de vida e problemas de saúde é dada pelas necessidades de saúde, “expressões da relação entre os processos de reprodução e as ações de saúde e bem estar” (1990, p. 23).

“As condições de vida determinam necessidades de saúde, e estas são socialmente representadas como problemas de saúde”(Castellanos, 1990, p.23). Portanto, os problemas de saúde são construções sociais, pois, se, por um lado, “todo problema de saúde tem sua origem em necessidades, nem toda necessidade se converte em problema percebido como tal pelos diferentes atores sociais capazes de mobilizar-se para produzir uma resposta frente a eles” (Castellanos, 1990, p.23).

Uma questão não mencionada por Castellanos e que devo enfrentar é a de quais necessidades são verdadeiras³³, refletindo a realidade concreta e não uma inversão desta, no sentido de representarem interesses ideológicos “alienígenas”.

³³ No sentido marxiano da palavra de correspondência com a realidade. Bottomore (1988; p. 403) diz que na tradição da epistemologia marxista, essa correspondência é vista habitualmente em dois níveis: a) nas formas imediatas, onde o que está em jogo é um “postulado explicativo ou ponto de partida metodológico”; b) “na

Heller³⁴ (1978, p. 60) afirma que “todas as necessidades sentidas pelos homens como reais devem ser consideradas reais (...), disto conclui-se que toda necessidade deve ser reconhecida”. E acrescenta:

“Dividir as necessidades em <<verdadeiras>> e <<falsas>> não só implica negar reconhecimento a necessidades consideradas irreais como também que a demanda de sua satisfação é irrelevante. Os defensores do conceito de <<verdadeiras>> e <<falsas>> necessidades crêem que as necessidades irreais não devem ser satisfeitas. É precisamente esse tipo de argumentação o que se faz em toda ditadura quando decide sobre as necessidades do povo”(idem, p. 60-61).

A partir daí, Heller discute sobre a possibilidade de satisfação das necessidades, posto que todas são legítimas. E propõe um sistema de instituições sociais que “institucionalize” as decisões através de alguma “forma de debate público e democrático”(idem, p. 61), o que nos propúnhamos a fazer.

Pineault (1989, p.45) introduz o papel particular dos serviços de saúde na satisfação de necessidades e resolução dos problemas de saúde, o que nos orienta para o planejamento e avaliação de ações específicas de avaliação de estado de saúde das populações locais e através da mensuração. Para ele, a necessidade é medida, estimando o “desvio em relação à norma” (Pineault, 1989, p.45), ou seja, o desvio em relação ao estado ótimo, definido normativamente, e o estado atual. A necessidade de saúde expressa, então, “o que se necessita para solucionar o problema identificado” (Pineault, 1989, p.45). Já, o problema, segundo esse autor, “refere-se a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”. Problema e necessidade são noções articuladas, sendo o primeiro a tradução do segundo de forma mais operacional. Ele propõe um guia de planificação e estruturação do estudo de necessidades, baseado nas seguintes questões:

“1) O que se deseja saber; 2) porque se deseja saber isto; 3) como se utilizará a informação colhida?; 4) onde serão encontrados os dados necessários para responder a estas perguntas?; 5) como poderão ser obtidos estes dados?; 6)quais são as fontes de dados úteis, existentes a nível local, regional ou federal?; 7) como agrupar, analisar e apresentar os dados da melhor forma possi-

essência interna ou subjacente dos objetos que são ‘refletidos’”, o que está em jogo é “uma norma de adequação descritiva científica”

³⁴ Tradução da autora.

vel?; 8) que organismos devem estar implicados no programa? Por que? Como?; 9) esse estudo é realmente necessário?; 10) quanto custará o estudo?; 11) quanto tempo este estudo demorará para ser completado?; 12) onde poderão ser encontradas fontes de financiamento e de recursos humanos para este estudo?; 13) quais são os métodos de estudo de necessidades que respondem melhor aos objetivos?; 14) quais são as vantagens e os inconvenientes de cada um destes métodos?; 15) até que ponto são necessários consultores especiais? Onde pode-se encontrá-los?; 16) de que forma se traduzirão os resultados do estudo em programas de serviços? (idem, p. 51)".

O roteiro proposto auxilia a organizar a ação especialmente dos trabalhadores dos serviços de saúde e monitores.

Assim é que, com base no exposto, assumimos, em relação aos problemas de saúde colocados nos Primeiros Seminários de Saúde, que:

- os problemas de saúde são gerados na concretude da vida, e são determinados pelas condições gerais de vida;
- ao serem gerados na concretude, o roteiro elaborado para a discussão no Seminário deveria possibilitar a discussão coletiva sobre o cotidiano de cada participante do seminário, de forma a explicitar os problemas vivenciados quotidianamente, tanto a nível individual, quanto coletivo;
- os problemas de saúde só se tornam problemas, quando percebidos como tal. São construções sociais;
- todos os problemas de saúde elencados são legítimos, posto que são fruto de necessidades sentidas;
- a forma de priorização dos problemas de saúde deve ser fundada no debate democrático, contemplando a existência do conflito e a construção de sentimentos de solidariedade;
- enfrentamento de cada problema em particular, sob o ponto de vista da atuação dos trabalhadores de saúde requer conhecimento específico da área da saúde e, portanto, o guia proposto por Pineualt é de grande valia.

Visto isso, optamos por não limitar o número de problemas a serem levantados em cada Seminário. Nossa tarefa foi a de criar mecanismos que possibilitas-

sem o aprofundamento dos debates sobre cada problema específico, ampliando o leque de participantes deste Primeiro Seminário.

Para isso, cada participante saía do Primeiro Seminário com a tarefa de discutir com seus companheiros (de trabalho, de moradia, de lazer, de religiosidade, de entidade governamental, ou não) os problemas listados no seminário, as soluções de cada problema e o caminho a ser trilhado para que cada problema fosse solucionado.

Para que isso acontecesse, nós, monitores, juntamente com os trabalhadores em saúde do município, ficamos responsáveis de entregar a cada participante uma lista dos problemas, conforme consta no Anexo 2. O participante recebia as folhas do Anexo 2 preenchidas somente na primeira coluna, contendo cada problema elencado no seminário. Tinha a responsabilidade de, juntamente com seus parceiros, preencher o restante da planilha e trazer no Segundo Seminário para discussão e, aí sim, chegaríamos à priorização dos problemas de saúde.

Paralelamente, nós, monitores, agrupamos os problemas constatados em cada Município em 8 grupos: **População** – para agrupar aspectos relativos à demografia; **Agricultura e pecuária** – relacionados às condições para o exercício da agricultura e pecuária, tanto a oferecidas pelos órgãos governamentais, quanto as ações individuais e/ou coletivas dos agricultores ou pecuaristas; **Saúde** – relacionadas às ações de saneamento ambiental, qualidade da assistência (sejam as ações curativas ou preventivas), e agravos; **Educação** – questões relativas à educação formal e condições de exercício desta educação; **Transporte** – relacionadas ao sistema viário e de transportes; **Economia** – questões econômicas, desde as mais gerais até aquelas de cunho local; **Organização Popular** – afetos a atitudes individuais ou coletivas visando a organização e o cotidiano da sociedade civil; **Social** – atinentes as Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Assistência Social e/ou visões institucionais sobre cidadania; **Infra estrutura** - dependentes de serviços reconhecidamente governamentais, voltados a possibilitar melhorias na vida das pessoas que não pertençam ao locus saúde, educação, economia.

Esta forma de agrupamento de problemas teve o objetivo puro e simples de organizar as ações futuras, dependentes do setor a que sua solução fosse atinente. Não houve a preocupação maior de nossa parte em categorizá-los.

Voltando à dinâmica utilizada no Primeiro Seminário, tentarei resumir esquematicamente a dinâmica usada nesse primeiro seminário de saúde.

Inicialmente, há uma plenária, que chamo de Plenária Inicial, onde fazemos um debate sobre o entendimento de saúde para cada participante. Nesta Plenária, cada um associa saúde a uma palavra. Quando um número significativo de pessoas já se manifestou, levantamos a discussão da multiplicidade de definições de saúde e da multiplicidade de determinantes para se ter saúde.

Então, a metodologia do Seminário é explicada, e os participantes são divididos em grupos, cuja tarefa é discutir o roteiro distribuído e já mencionado nesta tese, listando os principais problemas locais, em um papel grande com letras grande.

Num terceiro momento, há a Plenária Final, no qual cada grupo relata os problemas listados aos outros participantes. Caso outros grupos tenham listado o mesmo problema ou aspectos diferentes da mesma problemática, estes são debatidos e o resultado final acrescido na lista de problemas. Caso haja consenso sobre a pouca importância de um problema, este é retirado da lista.

Esquematicamente, a dinâmica do Seminário pode ser expressa no diagrama 1.

Diagrama 1 – Representação esquemática da dinâmica utilizada no Primeiro Seminário de Saúde

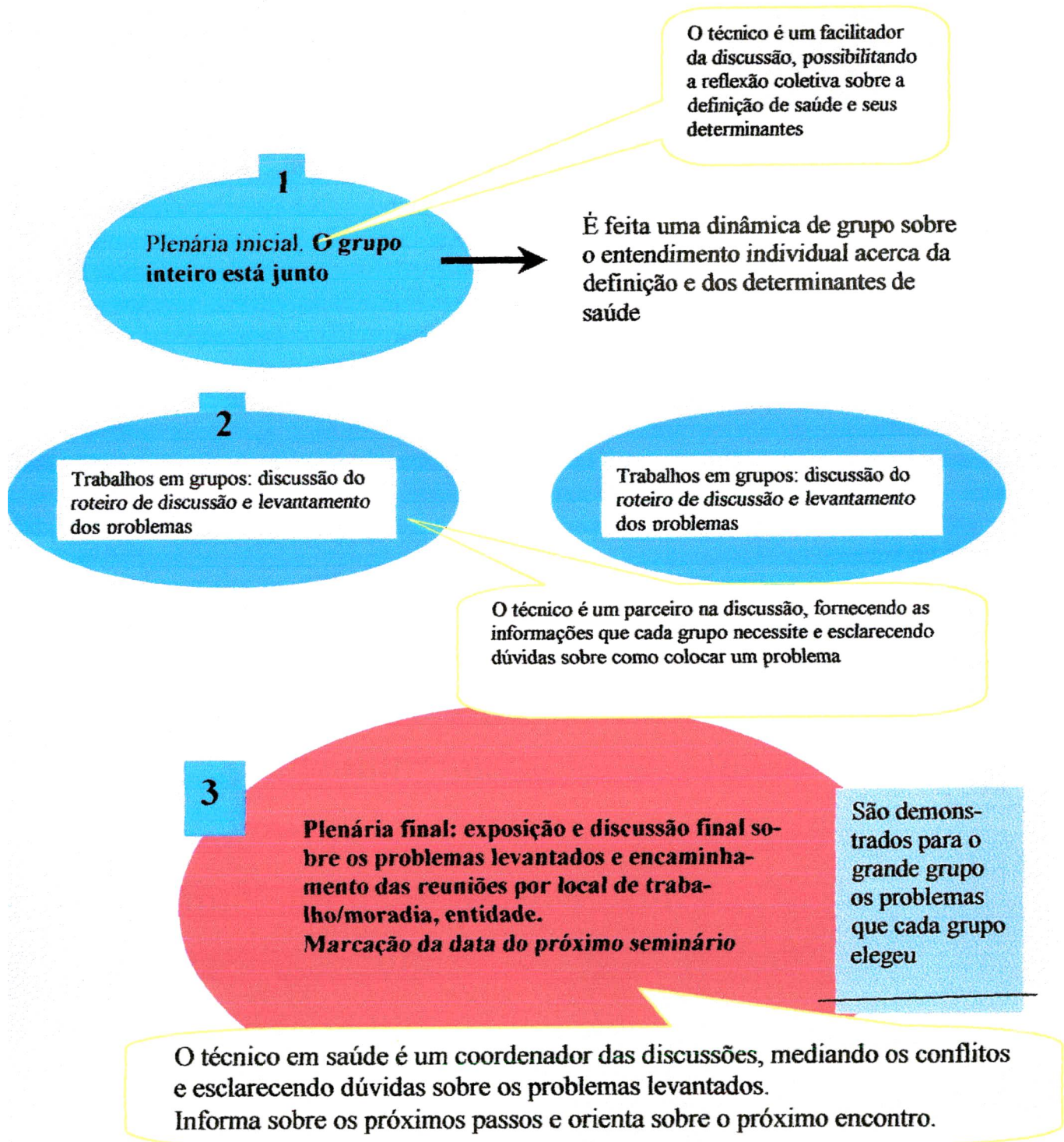
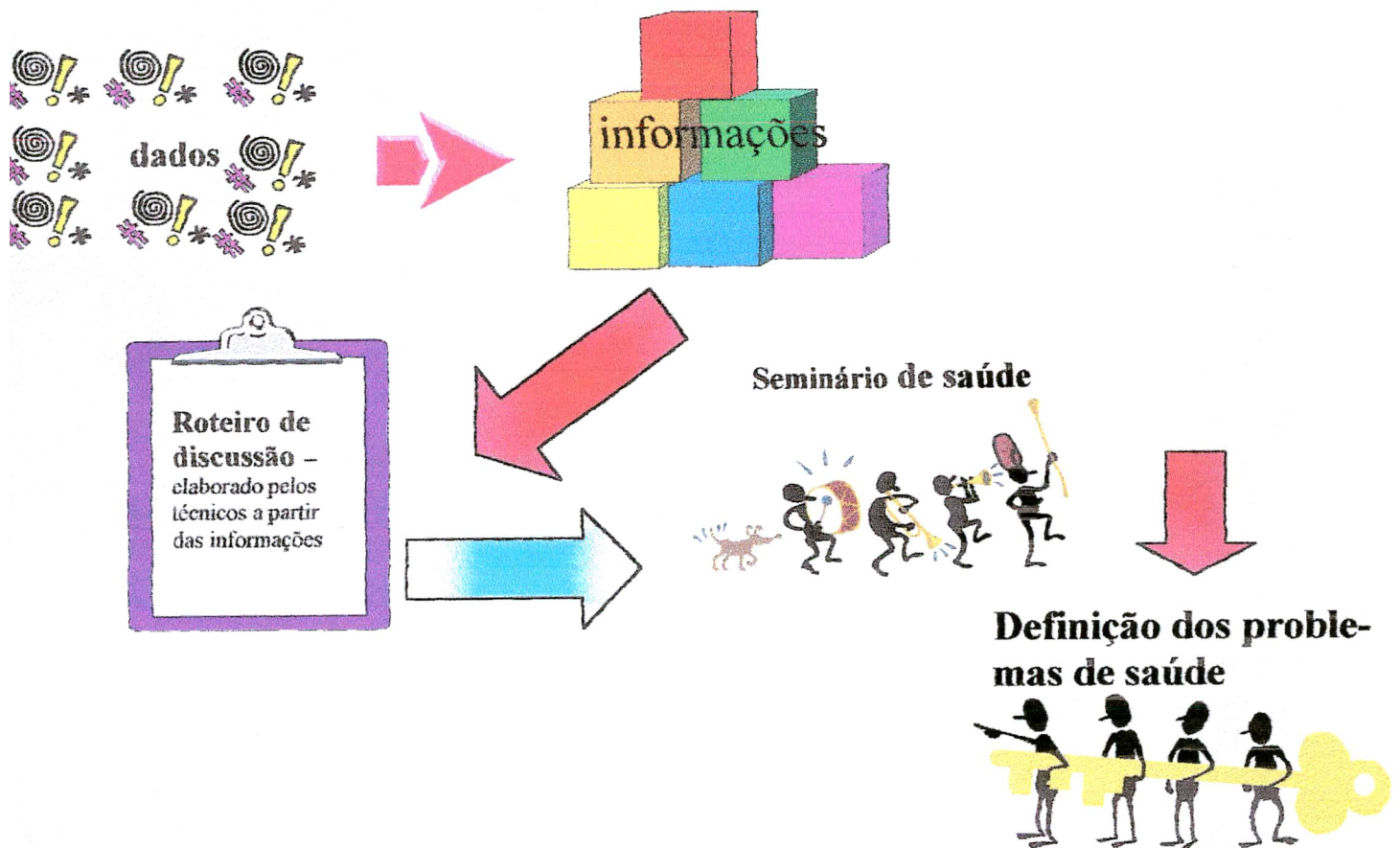


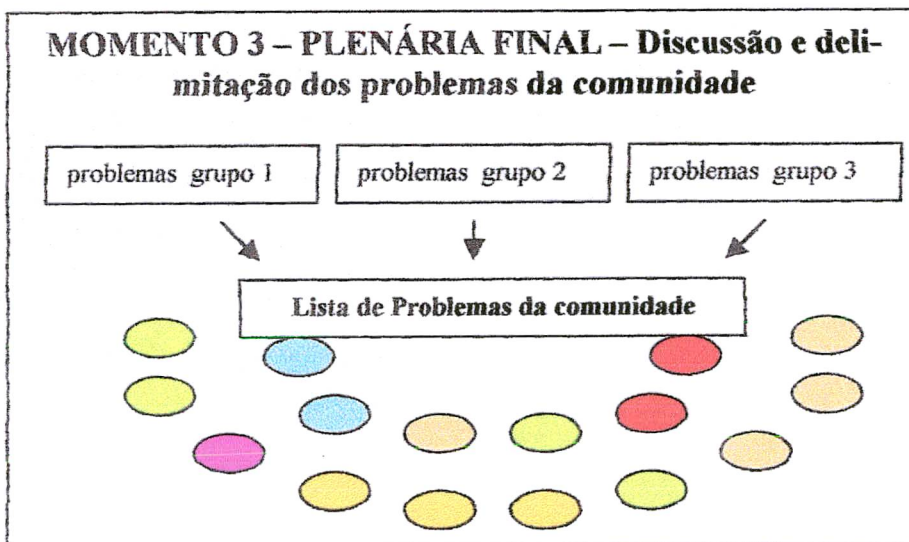
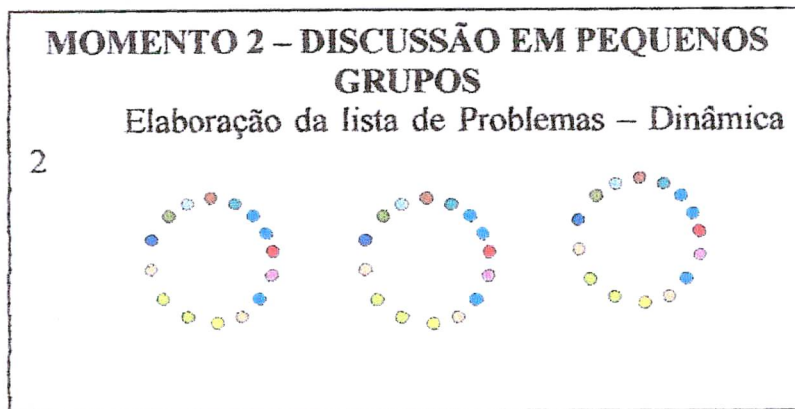
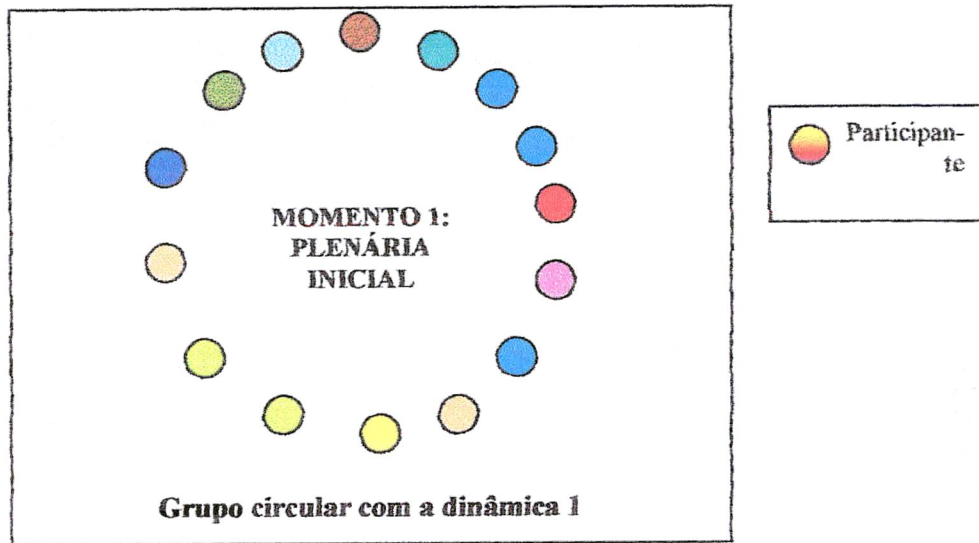
Diagrama 2 – Representação esquemática do fluxo das informações



As informações (indicadores sócio-ambientais, de morbi-mortalidade e outros) tornam-se um guia para a elaboração do roteiro de discussão. A partir das informações, o roteiro é elaborado de modo a, por um lado, expressar algumas características locais e/ou problemas de saúde apreendidos nas informações e, por outro, possibilitar a reflexão sobre os problemas cotidianos vivenciados pelos participantes do seminário de saúde.

Além disso, os dados são transformados em informações após o Segundo Seminário de Saúde, servindo de base para a tentativa de resolução dos problemas priorizados.

Diagrama 3 - Representação esquemática dos momentos da estrutura do Primeiro Seminário de Saúde,



3.1 - Problemas listados no Primeiro Seminário de Saúde - PSS

Segundo este esquema geral, foram realizados os Primeiros Seminários de Saúde nos municípios citados, do que resultaram listas de problemas, apresentadas e discutidas a seguir.

Quadro 4 - Problemas citados no PSS de Anita Garibaldi - 1994

<i>Grupo de Problemas</i>	<i>Problemas constatados</i>
População	1. Diminuição do número de habitantes
Agricultura e Pecuária	2. Êxodo Rural
	3. Falta de condições para o pequeno agricultor
Saúde	4. Falta de um terminal de calcário
	5. Falta de implementos agrícolas
	6. Falta de conhecimento técnico do agricultor sobre a vocação e preparo do solo
	7. Mau uso de agrotóxicos
Educação	8. Falta de uma cooperativa agrícola
	9. Contaminação das fontes de água do meio rural
	10. Depósito de lixo a céu aberto
Transporte	11. Alto índice de alcoolismo
	12. Alto índice de analfabetismo
Economia	13. Alto índice de evasão escolar
	14. Falta de escolas agrícolas voltadas à realidade do município
Organização Popular	15. Principal estrada de acesso ao município sem condições de tráfego
	16. Estradas sem condições para o escoamento da produção
Social	17. Aumento da pobreza e miséria da população
	18. Baixa renda da população
	19. Individualismo das pessoas
	20. Falta de credibilidade das entidades representativas da comunidade
	21. Falta de união e coesão dos agricultores
	Sem propostas

Conforme o Censo do IBGE realizado em 1991, nos domicílios com crianças: 47,2% tinham um rendimento médio mensal menor de 1 salário mínimo, 39,5% água inadequada e 89% esgoto inadequado.

Como podemos perceber nos problemas listados no PSS de Anita Garibaldi, a comunidade debate-se com uma realidade cuja economia está fundada na agropecuária, com a saída de seus moradores para outros pólos urbanos, com a falta de acesso de muitos a serviços básicos, como água tratada, coleta de lixo e educação.

Uma realidade comum a muitos municípios catarinenses e brasileiros, e por demais aventada na mídia, aquela do êxodo rural e da inexistência de condições ao pequeno agricultor em permanecer no campo, já colocada pelo Movimento dos Trabalhadores sem Terra, Pelas Pastorais e outras entidades não governamentais.

O Seminário de Bocaina do Sul foi realizado no ano de 1996, após a emancipação do município, e seus problemas estão listados no Quadro 5. Segundo estimativas do IBGE, este município conta, em 2.000, com 2.879 moradores, entre os quais, 257 com menos de 5 anos e 318 com mais de 60 anos, o que indica superficialmente uma população com participação significativa de jovens e idosos (veremos a constituição etária posteriormente).

Em Bom Jardim, conforme mostra o Quadro 6, a maioria dos problemas refere-se à questão saúde, especialmente no tocante à assistência pública. Na síntese da Região, esses problemas serão investigados com mais profundidade.

Segundo estimativas do IBGE, a população em Bom Jardim, no ano de 2.000, será de 4.254 habitantes, sendo que, em 1980 era de 6.410, diminuindo praticamente 50% nestes últimos 20 anos. O Censo do IBGE atestou, em 1991 (último ano com dados), 4.153 moradores, sendo 49% da zona urbana. Este mesmo percentual, 49%, da população economicamente ativa concentra-se no setor primário; 28% no setor secundário e 23% no terciário. Além disso, 89% da população que trabalha recebe menos de três salários mínimos mensais.

Quadro 5 - Problemas citados no PSS de Bocaina do Sul - 1996

Grupo de Problemas	Problemas constatados
População Agricultura e Pecuária	Sem propostas 1. Falta de incentivo ao agricultor - máquinas, calcário, adubo, sementes e assessoria técnica
	2. Pouca assistência ao agricultor por parte dos órgãos responsáveis - EPAGRI, FATMA, Secretaria da Agricultura, etc... 3. Existência de atravessadores 4. Mau uso de agrotóxicos - os agricultores jogam no rio as embalagens de agrotóxicos 5. Mau uso de agrotóxicos - os agricultores não usam o agrotóxico seguindo as normas de segurança
Saúde	6. Falta de uma cooperativa agrícola para comercializar a safra 7. Contaminação das fontes de água do meio rural 8. Saneamento básico - falta esgoto nas casas da sede e do interior 9. Saneamento básico - falta água tratada em muitas casas da sede e em todas do interior 10. Falta de sanitários em muitas casas - especialmente do interior 11. Falta de um Sanitário Público na sede de Bocaina 12. Há muitos fumantes em Bocaina 13. Pouco atendimento dentário no interior 14. Falta de um médico 15. Há muitos alcoólatras em Bocaina 16. Epidemia de piolho nos moradores de Bocaina do sul
Educação	
Transporte	17. Má conservação das estradas do interior de Bocaina 18. Falta de um ônibus que faça o trajeto sede interior
Economia	19. Falta de emprego
Organização Popular	20. Falta de conscientização dos moradores sobre o destino e tratamento do lixo domiciliar
	21. Falta de conscientização dos moradores de Bocaina quanto à higiene - do corpo, da casa, do terreno e dos animais domésticos 22. Maus hábitos alimentares dos moradores de Bocaina do Sul 23. Pouca participação dos moradores de Bocaina nas reuniões de interesse de todos
Social	Sem propostas
Infra estrutura	24. o lixo coletado pela prefeitura é depositado em local inadequado 25. Falta de conservação da Igreja Matriz e do salão paroquial 26. Falta de uma praça de lazer na sede de Bocaina do Sul 27. Falta de uma horta comunitária

Quadro 6 - Problemas citados no PSS de Bom Jardim da Serra - 1994

Grupo de Problemas	Problemas constatados
População	1. Diminuição do número de habitantes 2. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	3. Falta de incentivo ao pequeno agricultor 4. Mau uso de agrotóxicos
Saúde	5. Falta de saneamento básico 6. Baixa percentual de cobertura de água tratada 7. Contaminação das fontes de água do meio rural 8. Falta de orientação alimentar 9. Falta de orientação quanto à higiene em geral 10. Falta de medicamentos básicos 11. Baixo investimento na capacitação técnica dos profissionais de saúde 12. Falta de equipamentos (RX) na unidade mista de saúde 13. Falta de atendimento médico especializado (ginecologia e pediatria) 14. Alto índice de verminose 15. Alto índice de alcoolismo 16. Alto índice de hipertensão arterial 17. Insatisfação da comunidade com os serviços de saúde
Educação	18. Alto índice de analfabetismo 19. Alto índice de evasão escolar
Transporte	20. Alto índice de acidentes nas estradas
Economia	21. Alto índice de desemprego 22. Baixos salários 23. Aumento da pobreza e miséria da população
Organização Popular	Sem propostas
Social	Sem propostas
Infra estrutura	Sem propostas

Em 1991, o IBGE atestou que, em Bom Jardim da Serra, dos domicílios com crianças: 43,3% possuíam um rendimento médio mensal menor de 1 salário mínimo e 59% tinham esgoto inadequado.

Ainda em Bom Jardim, no tocante às condições de moradia, o déficit habitacional é de 21%, e somente 60% dos habitantes utilizam água da rede geral (CASAN). Também, em 1991, 27% da população maior de 5 anos era analfabeta.

Bom Jardim é reconhecidamente um município de turismo e agropecuária. Um fato muito mencionado no Seminário, foi o do último massacre aos índios ocorrido em Santa Catarina, que aconteceu aí. Contam os moradores locais que em 1953, foram mortos todos os componentes de uma tribo que aí morava, restando somente dois irmãos pequenos (um menino e uma menina).

A menina foi entristecendo, entristecendo, até o dia em que morreu. Morreu de tristeza, e chora até hoje no local onde sua tribo morava. Hoje, sempre que o vento sopra, escuta-se seu lamento, que ecoa para lembrar a todos sua dor.

Alguns invasores da Região Serrana, em busca de terras e madeira, assassinaram e massacraram todas as tribos indígenas que viviam na Região. Os massacres eram comuns, e era muito conhecida a figura de Pedro Brugreiro, matador de aluguel de índios, cujo pagamento era efetuado pelo número de orelhas que ele apresentasse aos mandantes dos massacres. Ao matar o índio, Pedro Brugreiro cortava suas orelhas e as colocava em uma sacola, a fim de fazer a cobrança de seu serviço. Esta realidade é muito marcante na vida das pessoas que moram no Planalto Serrano, por ser recente e dantesca. Sobraram poucos índios. Em cada município há histórias semelhantes. Histórias de massacres, de lutas e resistência. Não somente contra índios, mas também contra negros e brancos.

Isso me leva a pensar que, culturalmente, as pessoas que moram lá tem características particulares, já que são valorizadas as lutas de resistência em sua história, e são transmitidas de pai para filho.

Em Campo Belo do Sul, conforme vemos no Quadro 7, foram muitos os problemas listados, também com uma predominância na temática saúde, particularmente na assistência prestada. A estimativa prevê uma população, em 2.000, de 8.506 habitantes, enquanto que o Censo de 1991 atestou 8.072 habitantes, sendo: 58% residentes na zona urbana. Da população economicamente ativa, 79% concentra-se no setor primário, 9% no secundário e 12% no terciário. Desta mesma população, 88% recebem até 3 salários mínimos mensais.

Quadro 7 - Problemas citados no PSS de Campo Belo do Sul - 1994

<i>Grupo de Problemas</i>	<i>Problemas constatados</i>
População	1. Erro no Censo Demográfico do IBGE/1990, com subcontagem da população existente
	2. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	3. Política agrícola e pecuária dos governos que mantêm os juros altos
	4. Falta de um abatedouro na Região
	5. Pouca diversificação da agricultura
Saúde	6. Falta de formação do agricultor para o plantio direto
	7. Contaminação das fontes de água do meio rural
	8. Falta de investimento público para a proteção das fontes de água e construção de fossas domiciliares
	9. Falta de saneamento básico
	10. Coleta de lixo insuficiente para atender a demanda
	11. Baixa atuação da Vigilância Sanitária
	12. Falta de aderência dos serviços de saúde aos reais problemas de saúde da população
	13. Falta de investimento na prevenção das doenças
	14. Falta de parceria entre o público e o privada para atendimento médico e contratação de pessoal
	15. Falta de Programas de Planejamento Familiar, cisticercose, alcoolismo, verminose e do adolescente
	16. Falta de atendimento público de urgência e emergência
	17. Falta de médicos especialistas
	18. Falta de equipamentos hospitalares
	19. Desorganização nos internamentos hospitalares
	20. Atraso no repasse das verbas do SUS para o hospital
	21. Falta de AIH e baixo pagamento dos serviços do SUS
Educação	22. Falta de creches municipais
	23. Colégios com excesso de alunos por turma
	24. Falta de uma quadra de esportes coberta
Transporte	25. Estradas vicinais em estado ruim
Economia	26. Baixos salários
	27. Falta de estímulo para a industrialização do município
	28. Alto número de bóias-fria
	29. Burocracia e alto custo para a contratação de trabalhadores
	30. Aplicação dos recursos financeiros locais em outros municípios
	31. Alta exploração do comércio local
	32. Necessidade de emissão automática de notas fiscais
Organização Popular	33. Baixa conscientização da comunidade sobre limpeza das caixas d'água
	34. Os donos de animais deixam-nos soltos nas ruas
	35. Necessidade da fundação de um sindicato patronal
	36. Baixa conscientização dos agricultores sobre seus direitos
	37. Falta de organização, sensibilização e integração da sociedade com a administração do município
	38. Falta de integração de todas as entidades (civis e governamentais) para a busca conjunta de soluções para os problemas das comunidades
Social	39. Baixo índice de registros de nascimento nos cartórios locais
Infra estrutura	40. Alto déficit habitacional
	41. Baixa eletrificação rural
	42. Falta de áreas de lazer (praças, pistas de bicicletas, etc)
	43. Descaso com a conservação dos cemitérios locais
	44. Falta de programas de incentivo à criação de hortas comunitárias

Ainda segundo o Censo de 1991, no município de Campo Belo do Sul, em 54,1% dos domicílios com crianças, a renda média mensal era menor de 1 salário mínimo; 42,5% das casas com crianças possuíam água inadequada e 94,5% das casas com crianças tinham esgoto inadequado.

Em relação às condições de moradia, o déficit habitacional é de 25%, e somente 48% da população recebe água da rede geral. O percentual de analfabetos na população maior de 5 anos 1991, de 20%.

Este município listou como um de seus problemas centrais o número de bóias-fria que trabalham nas culturas locais, o que é constatado também pelo déficit habitacional. Esse mesmo problema existe em Urupema, cuja população é a-crescida em pelo menos 1/3 entre os meses de março a junho, com os “erveiros”, uma população de famílias andantes em uma faixa geográfica de Santa Catarina. Infelizmente, os serviços governamentais pouco conhecem dessas pessoas, que parecem viver à margem da chamada “vida normal”.

Cabe salientar a percepção das pessoas sobre o erro do IBGE no Censo de 1991, problema mencionado por mais municípios. De fato, este problema, além de ser percebido em muitos municípios, é ainda de difícil resolução, haja visto a burocracia necessária para recontagem populacional. O município de Rio Rufino, por exemplo, solicitou recontagem populacional, contratou empresa especializada, e não teve o reconhecimento do IBGE (cujo erro calculado foi em metade de sua população).

Aqui, as instituições governamentais perdem sua credibilidade, pois, ao invés de estimularem a solução local para os problemas encontrados, reconhecendo seu erro, ao contrário, emperra e cria empecilhos para a resolução dos mesmos. A questão da contagem populacional é mais séria do que o simples número de habitantes, pois, todo o repasse federal e estadual (saúde, educação) é baseado na estimativa populacional.

Em Celso Ramos, como vemos no Quadro 8, os problemas centraram-se na falta de acesso, devido ao estado das estradas.

A inexistência de estradas em boas condições interferem, segundo as pessoas do local, desde o escoamento da produção local, até o acesso aos serviços de saúde – na medida em que faltam profissionais e o transporte dos usuários/pacientes é oneroso e difícil. A população, em 2.000, será de 2.759 moradores, enquanto que em 1980 era de 3.558.

Quadro 8 - Problemas citados no PSS de Celso Ramos - 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. Diminuição do número de habitantes 2. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	3. Falta de incentivo agrícola para o agricultor 4. Alto custo dos insumos agrícolas, baixa produção e baixo preço dos produtos 5. Falta de implementos agrícolas 6. Existência de atravessadores 7. Pouca atuação da Epagri e Secretaria da Agricultura 8. Falta de condições para o escoamento dos produtos 9. Pouco tratamento e baixo aproveitamento da terra 10. Baixa conscientização do agricultor sobre culturas alternativas 11. Pouco aproveitamento do agricultor sobre os serviços oferecidos pela EPAGRI e Secretaria da Agricultura
Saúde	12. Falta de acesso aos serviços públicos de saúde 13. Contaminação das fontes de água do meio rural
Educação	14. Falta de profissional médico e odontólogo que resida no município 15. Alto índice de analfabetismo 16. Alto índice de evasão escolar
Transporte	17. Falta de uma ponte que ligue o município a Campos Novos 18. A principal estrada de acesso ao município não oferece condições de tráfego
Economia	19. Baixos salários 20. Alto índice de desemprego
Organização Popular	21. Pouca união e organização do agricultor 22. Falta de organização dos agricultores para trabalharem coletivamente 23. Pouca organização e participação das comunidades 24. Divisão política dos moradores fora do período eleitoral
Social	Sem propostas
Infra estrutura	25. Alto déficit habitacional

O censo de 1991 revelou que em Celso Ramos, 22% dos habitantes moram na zona urbana; 91% da população economicamente ativa recebe menos de 3 salários mínimos mensais; o déficit habitacional é de 12% e somente 22% das

peças recebem água da CASAN; e 19% das pessoas com mais de 5 anos eram analfabetas, percentual abaixo da média da Região Serrana.

Quadro 9 - Problemas citados no PSS de Cerro Negro - 1994

<i>Grupos de Problemas</i>	<i>Problemas constatados</i>
População	1. Diminuição do número de habitantes 2. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	3. Falta de investimento agrícola por parte do governo que beneficie o agricultor 4. Baixo preço dos produtos 5. Falta de um extensionista rural 6. Prejuízo nas últimas safras 7. Existência de monocultura – feijão ou fumo 8. Baixa produtividade das culturas existentes 9. Falta de tratamento e uso inadequado do solo 10. Baixa diversificação na agricultura 11. Falta de recursos e conhecimento técnico para a utilização de tecnologias agrícolas mais avançadas
Saúde	12. Mau uso de agrotóxicos 13. Contaminação das fontes de água do meio rural 14. Falta de saneamento básico 15. Má alimentação da população 16. Falta de atendimento médico e odontológico no interior 17. Falta de atendimento de urgência e emergência 18. Falta de um médico que resida no município 19. Falta de uma assistente social
Educação	20. Alto índice de desnutrição e verminose 21. Alto índice de analfabetismo 22. Alto índice de evasão escolar, especialmente na época do plantio e da colheita
Transporte Economia	Sem propostas 23. Baixos salários 24. Alto índice de desemprego 25. Pobreza e miséria da população
Organização Popular	26. Falta de incentivo dos pais para que os filhos estudem 27. Falta de conscientização das pessoas quanto à necessidade de documentos pessoais (registro de nascimento, carteira de identidade, etc)
Social Infra estrutura	Sem propostas Sem propostas

Os problemas listados em Cerro Negro, como demonstra o Quadro 9, são próprios de município predominantemente rural e agropecuário. São comuns a outros da mesma região. Em 1980, tinha 5.086 moradores e, segundo estimativas, 4.057, no ano de 2.000. Deste total, somente 9% moram na zona urbana, e 97% da população economicamente ativa recebe menos de 3 salários mínimos mensais. A água da rede geral alcança somente 9% da população total. Em 1991, 35% da população maior de 5 anos era analfabeta.

Um problema encontrado aqui, de difícil resolução, e comum à maioria dos municípios da região— que são dependentes de época de safra agrícola -, diz respeito à evasão escolar. O calendário escolar é planejado sem respeitar os meses de colheita e semeadura, quando as famílias utilizam todos seus membros para trabalharem no campo. Nesses meses, os filhos pequenos saem das escolas, porque são necessários em casa. O problema “alto índice de evasão escolar” seria facilmente resolvido, se as escolas adequassem seus calendários à época da colheita e semeadura, fornecendo as férias escolares neste período.

Correia Pinto, cuja lista de problemas está apresentada no Quadro 10, apresenta uma realidade diferente dos municípios até aqui apresentados, pois conta com a existência de uma indústria de papel e celulose, alma da cidade. Segundo estimativas, em 1980, tinha 11.267 moradores. Em 2.000, esse número passa a 13.288 pessoas.

Entre os municípios até agora mencionados, este é o primeiro cuja população cresceu nos últimos 20 anos, apesar de perder habitantes para a criação de novos municípios. Segundo o IBGE, em 1991, 73% de sua população residia na zona urbana, 75% da população economicamente ativa recebia menos de 3 salários mínimos mensais; o déficit habitacional é de 26%; 96 % de seus moradores têm água da CASAN; 20% das pessoas com mais de 5 anos são analfabetas.

Ainda, o censo do IBGE de 1991, constatou que do total dos domicílios com crianças, 14,9% tinham um rendimento médio mensal menor de 1 salário mínimo, 11,4% tinham água inadequada e 74,5% esgoto inadequado.

Quadro 10 - Problemas citados no PSS de Correia Pinto - 1994

<i>Grupos de Problemas</i>	<i>Problemas constatados</i>
População	1. Erro no Censo do IBGE/990, com subcontagem da população
Agricultura e Pecuária	2. Realização de queimadas
Saúde	3. Falta de saneamento básico
	4. Lixo depositado a céu aberto, próximo do perímetro urbano e de um rio
	5. Coleta de lixo não atende a demanda
	6. Contaminação das fontes de água do meio rural
	7. Poluição do rio pelo lixo e pela indústria de papel
	8. Poluição do ar pela indústria de papel
	9. Alto índice de gravidez precoce
	10. Falta de investimento na contratação e capacitação de profissionais da saúde
	11. Falta de atendimento de urgência e emergência
	12. Alto índice de alcoolismo e uso de drogas
Educação	13. Alto índice de analfabetismo
Transporte	14. Falta de calçamento das estradas urbanas
Economia	15. Baixos salários
	16. Alto índice de desemprego
Organização Popular	Sem proposta
Social	17. Alto índice de prostituição infantil
	18. Fome
Infra estrutura	19. Falta de opções de lazer
	20. Falta de programação cultural

Tais números demonstram que Correia Pinto, em 1991, estava em situação melhor do que aqueles vistos até agora, tanto no que se refere ao rendimento médio mensal, à cobertura de água e esgoto, ou alfabetização.

Os problemas levantados denotam um município predominantemente urbano, o que não é muito comum nessa região. É também o único município do Planalto Serrano que colocou o problema da prostituição infantil como algo a ser resolvido pela coletividade.

Outra questão, segundo o levantamento dos problemas realizado no primeiro seminário, refere-se ao reconhecimento da coletividade de que a indústria de papel e celulose existente é o motor da economia municipal.

Por outro lado, há também a visão coletiva de que muitos problemas são gerados por esta mesma empresa, e a comunidade prefere não falar muito sobre eles, por achar que a saída desta empresa ocasionaria o desemprego de muitas pessoas. Ainda assim, foram colocados os problemas de poluição ambiental – do rio e do ar -, causados por essa indústria.

Interessante notar que há uma priorização do emprego e da economia, apesar da preocupação evidente com a questão ambiental. É como se houvesse o reconhecimento de que a sobrevivência imediata está intimamente relacionada com a questão econômica, mas uma certa inconsciência sobre os meios públicos para “obrigar” a empresa a preservar o meio ambiente.

A preocupação ambiental não se limita à poluição causada pela indústria, mas também aos resíduos sólidos (como a existência de um depósito de lixo próximo a um rio) e à realização de queimadas, praticadas no período da pré safra no Planalto Serrano e comuns nesta região.

Tais preocupações denotam uma percepção, ainda que incipiente, da importância da questão ambiental. Mesmo que estas não se traduzam em ações imediatas, sua explicitação, nos Primeiros Seminários de Saúde, por si só, indica o reconhecimento de que a falta de cuidados com o meio ambiente é um problema que afeta a coletividade.

Lages é o município sede da região, e possui uma realidade semelhante à de Correia Pinto no tocante a taxa de urbanização. Conta, hoje (2.000), com 139.137 habitantes. Em 1991, contava com 151.235 moradores, demonstrando um crescimento negativo nestes últimos anos.

Seu município já foi desmembrado muitas vezes para possibilitar a emancipação dos distritos de Bocaina do Sul, Painel e Capão Alto. Mas, mesmo somando a população total destes três municípios no ano de 2.000 (7.813 moradores) com a de Lages, o número de habitantes hoje é menor do que o de 1991.

Os problemas listados no Primeiro Seminário de Saúde de Lages estão colocados no Quadro 11.

Quadro 11 - Problemas citados no PSS de Lages - 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	2. Falta de assistência técnica ao pequeno agricultor 3. Falta de uma cooperativa de agricultores 4. Mau uso de agrotóxicos
Saúde	5. Falta de água tratada nos bairros mais altos 6. Falta de coleta de lixo nos bairros 7. Problemas com adolescentes: gravidez precoce, uso de drogas, alcoolismo
Educação	8. Filas para o atendimento médico 9. Alto índice de analfabetismo 10. Escolas da área rural fora da realidade 11. Poucas bibliotecas 12. Falta de cursos profissionalizantes 13. Falta de orientação sobre saúde nas escolas
Transporte	14. Má conservação das estradas principais e vicinais
Economia	15. Aumento da pobreza 16. Alto índice de desemprego 17. Falta de mão de obra especializada
Organização Popular	18. Baixa consciência da população sobre cidadania
Social	19. Existência de bares com jogos eletrônicos perto das escolas
Infra estrutura	20. Alto déficit habitacional

Seus problemas são relativos tanto à urbanização, quanto à economia agrária. Do total da população (segundo o Censo de 1991), 92% viveu na zona urbana; 16% da população economicamente ativa centra-se no setor primário, 24% no secundário, e 60% no terciário. Deste total, 72% recebem menos de 3 salários mínimos mensais. O déficit habitacional é de 28% (o maior da região); 94% das pessoas recebem água da CASAN; 22% das pessoas com mais de 5 anos são analfabetas.

Ainda, os dados do IBGE de 1991 demonstram que, do total de domicílios com crianças de residentes em Lages, 29,7% têm uma renda mensal menor de 1 salário mínimo, 12,9% tem abastecimento inadequado de água, e 55,5% esgoto inadequado e 4,1 está em favelas. O novo Censo de 2.000 nos trará informações mais recentes sobre esses dados.

Quadro 12 - Problemas citados no PSS de Otacílio Costa – 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. Erro no Censo do IBGE/1990, com subcontagem da população
Agricultura e Pecuária	2. Falta de condições ao pequeno agricultor
	3. Alto custo dos fertilizantes
	4. Falta de implementos agrícolas
	5. Dificuldade no escoamento da produção agrícola, devido ao estado ruim das estradas vicinais
	6. Falta de conhecimento técnico do agricultor sobre a vocação e preparo do solo
	7. Falta de uma cooperativa de agricultores
Saúde	8. Contaminação das fontes de água do meio rural
	9. Falta de saneamento básico
	10. Poluição do ar
	11. Falta de trabalhos preventivos para doenças crônico-degenerativas: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, etc
	12. Falta de orientação sobre a construção de fossas sépticas
	13. Falta de trabalhos de educação em saúde
	14. Falta de um Instituto Médico Legal
	15. Alto índice de alcoolismo
	16. Alto índice de auto medicação
	17. Alto índice de consumo de psicotrópicos
	18. Alta incidência de doenças respiratórias
Educação	19. Alto índice de analfabetismo
	20. Falta de saneamento básico em algumas escolas
	21. Falta de orientação alimentar nas escolas
Transporte	22. Estradas vicinais sem condições de tráfego
Economia	23. Escassez de empregos para jovens e mulheres
Organização Popular	24. Falta de organização da população
	25. Falta de organização do agricultor
	26. Pouca valorização das pessoas
Social	Sem proposta
Infra estrutura	27. Falta de orientação para a economia doméstica
	28. Falta de orientação para o cultivo da horta caseira

Otacilio Costa, juntamente com Lages e Correia Pinto, formam a realidade urbana da região. Este município foi também um dos poucos que cresceu. Em 1980, contava com 14.741 moradores. Hoje, tem 13.737, devido ao fato de ter perdido população para a criação de novos municípios. Tem 74% de seus moradores residindo na zona urbana; 73% da população economicamente ativa recebem menos de 3 salários mínimos; 85% têm água da CASAN; 22% das pessoas com mais de 5 anos são analfabetas; o déficit habitacional é de 13% - um dos menores da região -.

O censo do IBGE em 1991 mostrou que do total de domicílios com crianças, 17,6% têm rendimento mensal menor do que 1 salário mínimo, 12,4% têm água inadequada e 74,5% esgoto inadequado.

Ainda assim, pode-se ver que Otacílio Costa apresenta indicadores melhores do que a maioria dos municípios do Planalto Serrano, o que pode ser constatado a partir da comparação destes indicadores entre os municípios componentes do Planalto Serrano.

Em Ponte alta, segundo informações do quadro 13, o maior número de problemas listados refere-se à agricultura, pecuária e saúde, refletindo sua economia predominantemente agrícola e pecuária.

No grupo de problemas relativos à educação, o município de Ponte Alta apresenta realidade semelhante à de outros municípios com economia baseada na agro-pecuária, como a evasão escolar na época da do plantio e da colheita.

Neste município, a poluição ambiental também foi considerada como problema, sendo que, aqui, ao problema "poluição do rio", foi acrescido outro, o da "necessidade de despoluição deste mesmo rio", unindo, aparentemente, problemas e soluções. Interessante notar também, que, uma das causas da poluição do rio (a indústria PCC) foi claramente explicitada, gerando uma lógica de explicitação do problema, de uma de suas causa e uma de suas possíveis soluções.

Ponte Alta conta hoje, ano 2.000, com 5.221 moradores, quando, em 1991, moravam 4.752 habitantes. Segundo dados do IBGE, em 1991, da população economicamente ativa, 63% estavam no setor primário, 15% no setor secundário e 22% no setor terciário. Deste total, 75% recebiam menos de 3 salários mínimos mensais. O déficit habitacional é de 6%, e 63% da população têm água da CASAN.

O analfabetismo representava, em 1991, para maiores de 5 anos, 23% do total da população. É mais um município da região que cresceu nestes últimos vinte anos.

Quadro 13 - Problemas citados no PSS de Ponte Alta – 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. Diminuição do nº de habitantes após o fechamento das serrarias
	2. O IBGE atesta um nº de habitantes menor do que o verificado pela Prefeitura
Agricultura e Pecuária	3. Falta de incentivo governamental ao agricultor
	4. Falta de crédito a juros baixos para o pequeno agricultor
	5. Falta de um extensionista rural
	6. Frustração na última colheita
	7. Existência de atravessadores
	8. Falta de mão de obra agrícola
	9. Falta de uma cooperativa de crédito para o agricultor
	10. Existência de queimadas
Saúde	11. Mau uso de agrotóxicos
	12. Falta de proteção das fontes de água do meio rural
	13. Poluição do rio por agrotóxicos e pela PCC
	14. Falta de uma lixeira tóxica
	15. Necessidade de um trabalho de despoluição do rio
	16. Falta de água potável na zona urbana em épocas de seca
	17. Desativação (do governo estadual) da oficina sanitária
	18. Necessidade de ampliação da unidade sanitária central
	19. Necessidade de equipamentos de diagnóstico (RX e ultra som)
Educação	20. Alta incidência de verminose
	21. Baixa qualidade do ensino das escolas estaduais
	22. Evasão escolar na época do plantio e da colheita
	23. Falta de professores
	24. Baixos salários dos professores
	25. Falta de flexibilidade no calendário escolar
Transporte	Sem propostas
Economia	26. Baixos salários
	27. Desemprego
	28. Falta de mão de obra para a agricultura
	29. Falta de mão de obra especializada
Organização Popular	30. Falta de organização e conscientização da população. A população participa pouco dos trabalhos relacionados ao bem estar da comunidade em geral
Social	Sem propostas
Infra estrutura	31. Alto déficit habitacional

Os problemas listados no PSS do município de Rio Rufino, estão apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 - Problemas citados no PSS de Rio Rufino – 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. O IBGE atesta um nº de habitantes menor do que o verificado pela Prefeitura
Agricultura e Pecuária	2. Falta de condições para o pequeno agricultor 3. Falta de financiamento acessível para o pequeno agricultor 4. Existência de atravessadores 5. Prejuízo na última safra 6. Mau uso de agrotóxicos
Saúde	7. Contaminação das fontes de água do meio rural 8. Alta incidência de intoxicação por agrotóxicos 9. Alta incidência de alcoolismo 10. Alta incidência de verminose e infecções respiratórias
Educação	11. Falta de cursos profissionalizantes voltados à realidade do município
Transporte	12. Necessidade de asfaltamento da principal via de acesso ao município, que o liga à BR 282
Economia	13. Baixos salários da população 14. Desemprego 15. Falta de reconhecimento do município sobre a parte mais importante de sua produção, a plantação de vime
Organização Popular	16. Falta de união e organização dos agricultores
Social	Sem propostas
Infra estrutura	Sem propostas

Aqui, foram listados como grandes problemas o uso de agrotóxicos e o erro da estimativa populacional por parte do IBGE. Segundo estimativas, o município contava, em 1992 (ano de sua emancipação), com 2.027 habitantes. Neste ano (2.000), sua população chegou a 2.657 habitantes. Os dados de 1991 demonstram que 25% das pessoas vivem na zona urbana; 22% dos maiores de 5 anos são analfabetos; 93% da população economicamente ativa é analfabeto.

O setor saúde deste município contou todas as famílias moradoras, chegando a um número diferente e maior do que aquele previsto pelo IBGE. Infelizmente, sua contagem populacional não foi aceita por aquela instituição, sob o ar-

gumento de que esta deveria ser feita sob critérios estatísticos aceitos. O critério municipal utilizado era o número de nascidos vivos, o número de famílias e a composição numérica de cada família. O fato é que a cobertura vacinal aqui nunca é inferior a 150%, fato que os serviços de saúde associam a uma má qualidade da assistência, e não a um possível erro ocorrido no censo de 1991.

Quadro 15 - Problemas citados no PSS de São José do Cerrito – 1994

Grupos de Problemas	Problemas constatados
População	1. Diminuição no nº de habitantes 2. Mudança no perfil populacional, com predomínio de crianças e velhos 3. Êxodo Rural
Agricultura e Pecuária	4. Falta de condições para o pequeno agricultor 5. Falta de implementos agrícolas 6. Falta de um terminal de calcário 7. Falta de financiamento acessível ao pequeno agricultor 8. Existência de atravessadores 9. Falta de diversificação da cultura (planta-se basicamente feijão)
Saúde	10. Falta de conhecimento técnico sobre a conservação, preparo e conservação do solo 11. Mau uso de agrotóxicos 12. Poluição do rio que corta a cidade 13. Contaminação das fontes de água do meio rural 14. Falta de saneamento básico 15. Necessidade de coleta de lixo seletiva 16. Falta de fiscalização sanitária dos abatedouros 17. Falta de programas de prevenção, especialmente cisticercose 18. Alto índice de alcoolismo
Educação	19. Necessidade de um currículo adequado à realidade local 20. Evasão escolar na época do plantio e da colheita
Transporte	Sem propostas
Economia	21. Desemprego
Organização Popular Social	22. Falta de companheirismo entre os moradores do município 23. Falta de organização e participação da população
Infra estrutura	24. Alto déficit habitacional 25. Necessidade de eletrificação rural

Os problemas aqui listados concentraram-se na agricultura e pecuária. Em 1980, o município possuía 13.368 moradores. Hoje, somente 9.401, o que mostra

uma queda de aproximadamente 50%. Da população economicamente ativa, 83% está no setor primário, 5% no secundário, e 12% no terciário. Desta, 93% recebe menos de 3 salários mínimos mensais. Segundo dados do IBGE, o déficit habitacional é de 17%; 65% das pessoas recebem água da CASAN; 30% dos maiores de 5 anos são analfabetos.

O Censo de 1991 atestou que, do total de domicílios com crianças, 32,7% tinham rendimento mensal menor de um salário mínimo, 35,6% não tinham água adequada, e 99,5% tinham esgoto inadequado.

Aqui, aparece um problema comum à região, ou seja, a existência de atravessadores, que, por um lado, diminuem o ganho do produtor rural, e, por outro, contribuem para o aumento do preço dos produtos agrícolas na cidade. Este foi um problema bastante debatido nos seminários, havendo uma convergência para a solução baseada na criação de cooperativas e na necessidade de auxílio das Prefeituras, disponibilizando transporte para os produtos agrícolas locais.

A maioria dos problemas listados em Urupema, conforme podemos visualizar no Quadro 16, têm relação com a questão saúde. Foi considerado importante também a população flutuante de "erveiros", que anualmente, entre os meses de março a junho mora neste município.

Segundo o IBGE, metade da população urupemense vive na zona urbana; em 1980, tinha 2.290 moradores e, em 2.000, 2.348. Da população economicamente ativa, 85% recebem menos de 3 salários mínimos mensais; 45% têm água da CASAN; 20% dos maiores de 5 anos são analfabetos.

É o município mais frio do país, com cachoeiras que congelam durante o inverno e neve constante. A temperatura média é menor do que a de Florianópolis em aproximadamente 10 ° Centígrados.

Um fato relatado no Primeiro Seminário, foi o do desconhecimento completo da população local sobre os "erveiros", que, segundo eles, nasciam e morriam sem que ninguém de Urupema tivesse conhecimento.

Quadro 16 - Problemas citados no PSS de Urupema – 1994

<i>Grupos de Problemas</i>	<i>Problemas constatados</i>
População	1. O IBGE atesta um nº de habitantes menor do que o verificado pela Prefeitura 2. População flutuante significativa entre os meses de março a junho (erveiros)
Agricultura e Pecuária	3. Mau uso de agrotóxicos
Saúde	4. Contaminação das fontes de água do meio rural 5. Desconhecimento da incidência de óbitos, nascimentos e doenças na população flutuante 6. Necessidade de maior atuação da Vigilância Sanitária 7. Existência e uso de benzedeiras e curandeiras 8. Falta de medicamentos na farmácia municipal 9. Falta de profissionais de nível superior na saúde 10. Alto índice de alcoolismo e uso de drogas 11. Existência de casos de cisticercose e toxoplasmose
Educação	Sem propostas
Transporte	12. A principal estrada de acesso ao município não oferece condições de tráfego
Economia	13. Existência de um número significativo de habitantes pobres na zona urbana
Organização Popular	Sem propostas
Social	Sem propostas
Infra estrutura	Sem propostas

O município de São Joaquim condensou a totalidade dos problemas em três frentes de problemas:

Relacionados à Educação em Saúde – onde os problemas dos agravos – entre eles cisticercose, verminose, infecções respiratórias -, seriam abordados predominantemente sob o enfoque de educação em saúde, abarcando desde os determinantes dos agravos até o tratamento dos mesmos.

Relacionados ao saneamento básico – objetivando resolver problemas afetos ao abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e poluição ambiental, articulando com o primeiro eixo considerado, o da educação em saúde.

Relacionados à parcerias institucionais – objetivando traçar parcerias entre os órgãos do setor público e privado, entidades governamentais e entidades não governamentais, a fim de resolver os problemas detectados e priorizados, tanto na questão da educação em saúde, quanto na de saneamento básico.

A síntese dos problemas agrupados da Região do Planalto Serrano com a reflexão sobre cada agrupamento de problemas é o tema que tratarei a seguir.

Esta síntese tem como objetivo a visualização da totalidade de problemas da Região e o cruzamento dos problemas listados com alguns indicadores estatísticos e epidemiológicos. Penso, desse modo, conseguir aprofundar o conhecimento da realidade local da Região, subsidiando os passos posteriores da construção da tecnologia de Participação Popular em Saúde.

3.1.1 - A síntese dos problemas listados no Primeiro Seminário

Quadro 17 - Problemas listados no Primeiro Seminário de Saúde

MUNICÍPIO	NÚMERO DE PROBLEMAS LISTADOS									Total
	Po- pula- ção	Agricultu- ra e Pe- cuária	Sa- úde	Edu- ca- ção	Trans- porte	Eco- nomia	Organi- zação Popular	Soci- al	Infra Es- trutura	
Anita Garibaldi	2	6	3	3	2	2	3			21
Bocaina do Sul		6	10		2	1	4		4	27
Bom J. da Serra	2	2	13	2	1	3				23
Campo B. do Sul	2	4	15	3	1	7	6	1	5	44
Celso Ramos	2	9	3	2	2	2	4		1	25
Cerro Negro	2	10	8	2		3	2			27
Correia Pinto	1	1	10	1	1	2		2	2	20
Lages	1	3	4	5	1	3	1	1	1	20
Otacilio Costa	1	6	11	3	1	1	3		2	28
Ponte Alta	2	9	9	5		4	1		1	31
Rio Rufino	1	5	4	1	1	3	1			16
São J. do Cerrito	3	8	7	2		1	2		2	25
Urupema	2	1	8		1	1				13
TOTAL	21	70	105	29	13	33	27	4	18	318

O Quadro 17 mostra que foram constatados 318 problemas nas mais diversas áreas. O predomínio dos problemas relacionados à saúde, agricultura e pecuária pode ser explicado pelo objetivo do seminário de tratar problemas de saúde, e pela economia predominante na região, a da agropecuária. Seria interessante realizar uma análise sobre o entendimento dos participantes dos seminários acerca dos determinantes do processo saúde doença através dos problemas listados nos primeiros Seminários de Saúde. Como esse não é objetivo principal dessa tese, fica aqui somente o registro de uma possibilidade de investigação científica.

Após a realização dos Primeiros Seminários de Saúde, chegamos a algumas constatações sobre os problemas assumidos pelas pessoas do Planalto Serrano, e que determinam (direta ou indiretamente) o processo saúde-doença. Aqui, fizemos somente a consolidação dos problemas listados no 1º Seminário de cada município, sem a preocupação de analisar cada um deles, segundo sua importância em relação ao locus saúde.

Na medida em que for necessário, irei acrescentando algumas informações adicionais, a fim de tornar o assunto específico mais assimilável. Por ora, serão apresentadas considerações gerais que refletem o reconhecimento de especificidades da Região Serrana e o desejo de esclarecer tais especificidades.

3.1.1.1 - Relacionados à demografia

Foram considerados aqui todos os problemas afetos ao número de habitantes e composição demográfica de cada município, ou seja, faixa etária, gênero, taxa de urbanização. Essa foi uma das questões mais polêmicas nos Seminários, uma vez que a maioria dos repasses federais e estaduais para os municípios é baseada no número de habitantes, o que determina, em última instância, o maior ou menor repasse de verbas para cada município e, conseqüentemente, o melhor ou pior desempenho dos governos e realização de ações por parte do governo municipal.

Quadro18 - Problemas relacionados à Demografia listados nos PSS –
Municípios Região Serrana – 1994-1996

Município	Diminuição no nº de habitantes	Erro no censo, com sub contagem da população	Mudança no perfil demográfico	Êxodo rural	População Flutuante
Anita Garibaldi	Sim			Sim	
Bocaina do Sul					
Bom J. da Serra	Sim			Sim	
Campo B. do Sul		Sim		Sim	Sim
Celso Ramos	Sim			Sim	
Cerro Negro	Sim			Sim	
Correia Pinto		Sim			
Lages				Sim	
Otacílio Costa		Sim			
Ponte Alta	Sim	Sim			
Rio Rufino					
São J. do Cerreto	Sim		Sim	Sim	
Urupema					Sim

Dos quatro problemas relacionados à demografia, dois ocorreram em muitos municípios do Planalto Serrano: a diminuição do número de habitantes e o êxodo rural. Num primeiro momento, parece que os dois problemas estão relacionados, pois o êxodo rural, ao ser muito grande, traz como uma de suas consequências a diminuição do número de habitantes.

Houveram dois municípios, Campo Belo do Sul e Urupema, que citaram como problema a população de erveiros, que circula na região entre os meses de março a junho, em busca de emprego como bóia fria, sendo flutuante.

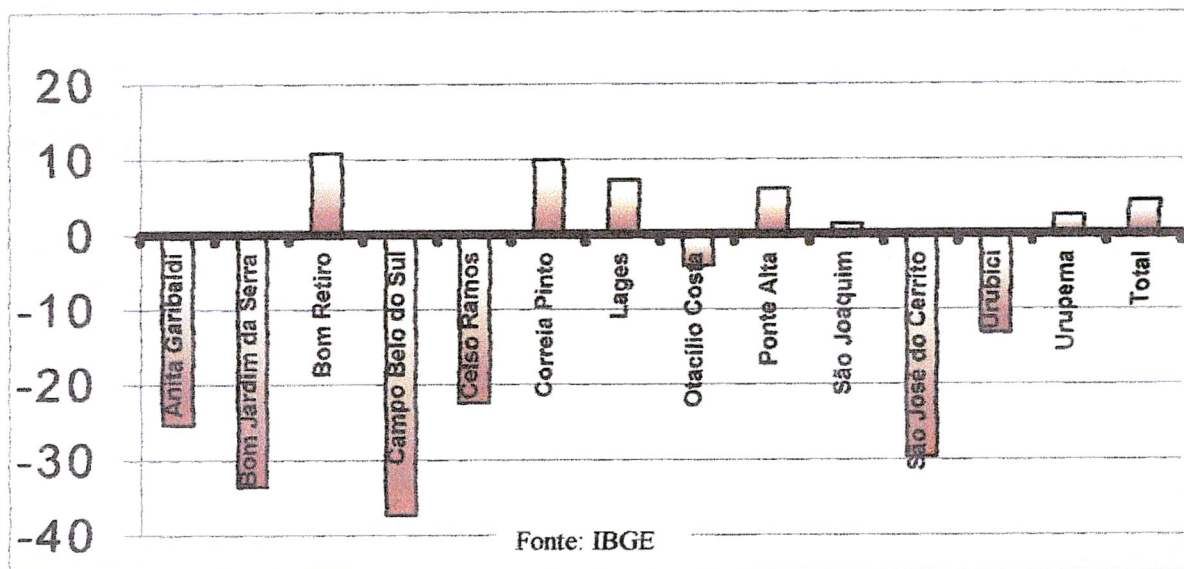
De fato, os serviços governamentais desconhecem completamente como nascem, vivem, adoecem ou morrem essas famílias. No município de Urupema o número de erveiros representa um incremento populacional de aproximadamente 30% de sua população nos meses citados.

Outro problema citado foi o da mudança do perfil populacional, com o domínio de crianças e velhos. Tal problema está associado ao êxodo rural e dimi-

nuição do número de habitantes, uma vez que a faixa etária (re)produtiva é aquela que comprovadamente emigra em busca de empregos e estudo.

a) Crescimento populacional

Gráfico 2 – Crescimento populacional 80 - 2.000 – Planalto Serrano



Como vemos no gráfico anterior, a maioria dos municípios da Região Serrana teve sua população diminuída entre os anos de 1980 a 2.000. O município de Anita Garibaldi teve sua população reduzida, nestes 20 anos, em praticamente um quarto. Esse problema repetir-se-á em praticamente todas comunidades dessa região. A causa desse fenômeno é o êxodo rural, seguindo o trajeto: comunidade rural → centro de sua comunidade → cidade pólo regional → outras cidades de Santa Catarina ou outros Estados.

Uma das explicações para este êxodo, além da política agrícola estabelecida pelos governos dos últimos anos, de falta total de apoio aos agricultores, reside na história da Região, baseada no extrativismo vegetal. De fato, a economia da região serrana floresceu no início deste século, até meados dos anos 50, baseada na extração de madeiras e conseqüente criação de serrarias. Com o fim das ma-

deiras, as serrarias foram fechando, os proprietários das serrarias foram embora, deixando um rastro de destruição ambiental e, desde a década de 60, a região encontra-se sem muitas alternativas econômicas, servindo de fornecimento de mão de obra de baixa remuneração a outros locais do Estado e do País.

Se compararmos o crescimento populacional dos últimos 50 anos, perceberemos que houve municípios – como Anita Garibaldi - cuja população total caiu em 50%, tornando-se cidades fantasmas, com uma população composta predominantemente por jovens até 15 anos e velhos, pois as pessoas em idade produtiva saem em busca de um futuro melhor, de emprego e formação profissional.

A composição etária será vista posteriormente e determina um perfil de morbi-mortalidade próprio às faixas etárias jovem e velha. A diminuição populacional traz consigo, também, a diminuição de verbas públicas, o empobrecimento generalizado da população, a falta de opções econômicas, culturais, sociais, de lazer e de formação, atuando como uma equação *ad infinitum*, na qual não se percebe mais as causas e os efeitos.

b) Diminuição do número de habitantes

Este item é complementar ao anterior, na medida em que o crescimento populacional negativo é a diminuição do número de habitantes. Foi subdividido com a intenção de reforçar que muitos municípios consideram a diminuição do número de habitantes locais um problema - origem de outros problemas apresentados.

Na grande maioria dos municípios foi constatada uma diminuição da população local. Tal fato foi associado a determinantes sócio-econômicos, como a falta de uma política agrícola satisfatória ao pequeno agricultor. Daí resulta o êxodo rural, com o conseqüente inchaço de cidades como Lages, Joinville e Florianópolis.

Apesar disso, há o reconhecimento local de que o censo realizado em 1991 pelo IBGE não retratou a realidade populacional na maioria dos municípios, subestimando o número de habitantes. As consequências públicas das estimativas populacionais são a diminuição da arrecadação de impostos, de repasse de verbas, AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), desvio no cálculo de indicadores, entre outros.

O novo censo a ser realizado neste ano pode esclarecer as dúvidas suscitadas na década anterior. Pena que isso não possa pagar o prejuízo já sofrido por esses municípios.

Como veremos na tabela e gráfico a seguir, a população da Região Serrana – cuja Associação de Municípios intitula-se AMURES, Associação dos Municípios da Região Serrana - cresceu no período entre 1.950/2.000, seguindo, porém uma tendência de diminuição nos últimos anos. Entre os anos de 1950 e 1970, o crescimento foi de 84,3%; na década seguinte, o crescimento foi de 9%; e, na década de 80, baixou para 8%.

O crescimento, porém, foi desigual: Lages cresceu, entre os anos 50 e 70, 290%, seguido de São Joaquim, cujo crescimento foi de 180%. Já, Bom Retiro teve um crescimento negativo, cuja população diminuiu, no mesmo período, 41%. Entre 1980 e 2.000, os municípios que mais cresceram foram: Otacílio Costa (47%), seguido de Bom Retiro (10%), Correia Pinto (9%), Ponte Alta (6%), Lages (3%) e São Joaquim (1%). Já, os demais tiveram (excetuando-se aqueles recém emancipados) um crescimento negativo, cujo ápice pertence a Campo Belo do sul (37%), Bom Jardim da Serra (33%), São José do Cerrito (29%) e Anita Garibaldi (25%).

A variação do crescimento populacional reflete e demonstra o modo como ocorreu o desenvolvimento econômico da região: os municípios centrados na extração da madeira tiveram um crescimento significativo entre as décadas de 1950 e 1970. Já, entre os anos de 1980 e 2.000 cresceram aqueles impulsionados pela industrialização - Otacílio Costa e Correia Pinto.

Quadro 19 – População Total nos Municípios da AMURES

Anos de 1950- 1970-1980- 2.000

<i>Município</i>	<i>1950</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>2.000</i>
Anita Garibaldi	7.603	11.588	12.234	9.143
Bocaina do Sul				2.879
Bom J. da Serra	3.226	6.500	6.400	4.254
Bom Retiro	19.184	7.782	7.943	8.809
Campo Belo do Sul	5.344	7.699	13.566	8.507
Celso Ramos		3.463	3.567	2.759
Cerro Negro				4.057
Correia Pinto	4.084	9.552	11.267	12.388
Lages	38.598	111.984	134.688	139.137
Otacílio Costa	4.653	7.193	9.338	13.737
Painel				2.167
Palmeira				2.038
Ponte Alta	3.843	5.945	4.922	5.221
Rio Rufino				2.657
São Joaquim	13.261	23.876	21.334	21.640
São José do Cerrito	10.801	15.039	13.368	9.401
Urubici	4.954	12.539	12.261	10.651
Urupema				2.348
AMURES	125.867	232.035	253.188	264.560

Fonte: IBGE

Tal crescimento diferenciado coloca realidades diversas no tocante aos problemas de condições de vida e saúde.

c) Diferenças entre população estimada e população encontrada

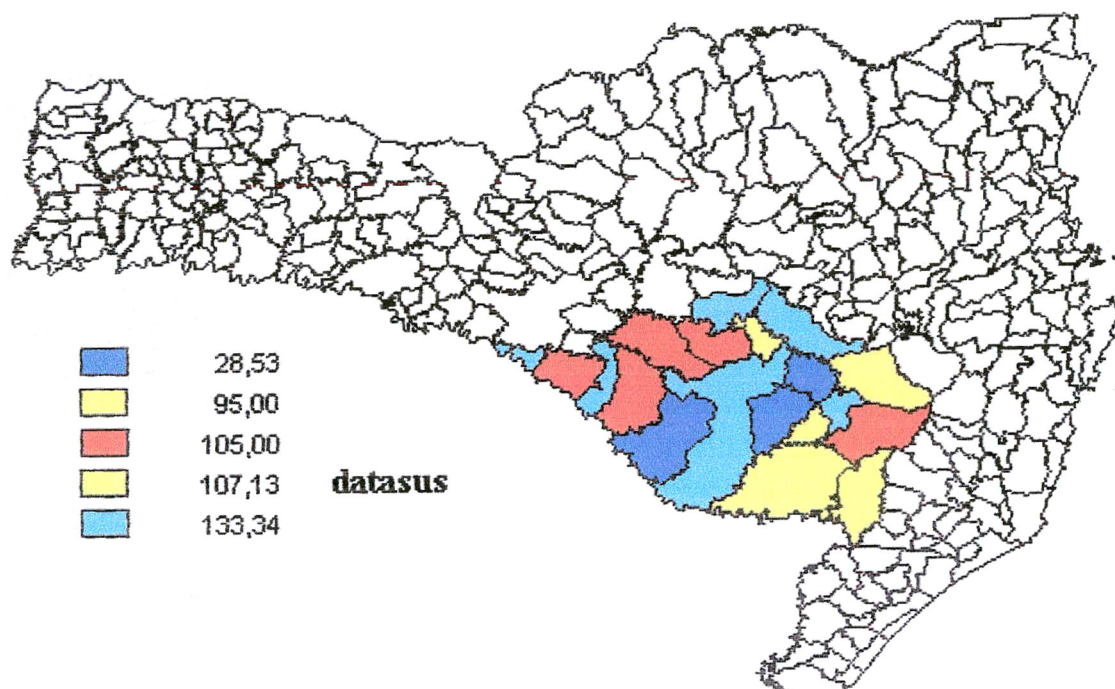
Alguns fatos evidenciam uma possível disparidade entre a população estimada pelo IBGE e a população estimada pelas Prefeituras e Regional de Saúde. Entre estes, situam-se a cobertura vacinal, questão para a qual a Regional de Saúde tem encontrado dificuldades, pois o número estimado de crianças a serem vacinadas não se assemelha ao número de crianças efetivamente vacinadas. Este problema tem ocorrido nos últimos anos, pois a cobertura vacinal sempre ultrapassa o número de crianças estimadas, demonstrado no Quadro 20.

Em que pesem as críticas ao esquema da campanha de vacinação contra a poliomielite, a diferença entre a população menor de 5 anos estimada e aquela efetivamente vacinada é significativa na região, e aventa algumas possibilidades: **a) erro de estimativa populacional** – os censos do IBGE são realizados a cada 10 anos, um período muito longo para refletir as mudanças demográficas deste final de milênio.

No entanto, demógrafos atestam que os Censos do IBGE têm 99% de acerto; **b) baixa qualidade dos serviços de saúde local** – que se refletiria na superestimação de crianças menores de 5 anos vacinadas. Há que mencionar que este problema ocorreu sistematicamente em todas as campanhas de vacinação após o censo do IBGE realizado em 1991. **c) as duas alternativas anteriores** – tanto o censo demográfico apresenta desvios, quanto os serviços superestimam a população. O próximo censo demonstrará qual(is) da(s) hipóteses representam a realidade.

Vemos no mapa 2 que poucos municípios mantêm a relação esperada entre o número de menores de um ano vacinados e a estimativa de menores de um ano em 1998. São eles Urubici, Anita Garibaldi, Campo Belo do Sul, São José do Cerrito e Correia Pinto.

Mapa 2 – Percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a terceira dose de DPT – Difteria, tétano e pertussis – municípios da AMURES - 1998



Os municípios de Capão Alto, Painel, Bocaina do Sul apresentaram uma cobertura muito abaixo do esperado. Isso pode ser explicado pelo fato destes 3 municípios ainda não estarem emancipados na época, o que interferiu na consolidação dos dados.

As coberturas a serem investigadas são aquelas verificadas em Celso Ramos, Cerro Negro, Ponte Alta, Lages e Rio Rufino, onde houveram muito mais crianças vacinadas do que existentes (segundo informações do próprio IBGE e DATASUS), fato que leva a, novamente, refletir sobre a estimativa populacional estipulada pelo IBGE.

Quadro 20 - Número de menores de 5 anos e cobertura vacinal segundo população estimada pelo IBGE – municípios da AMURES – agosto/94

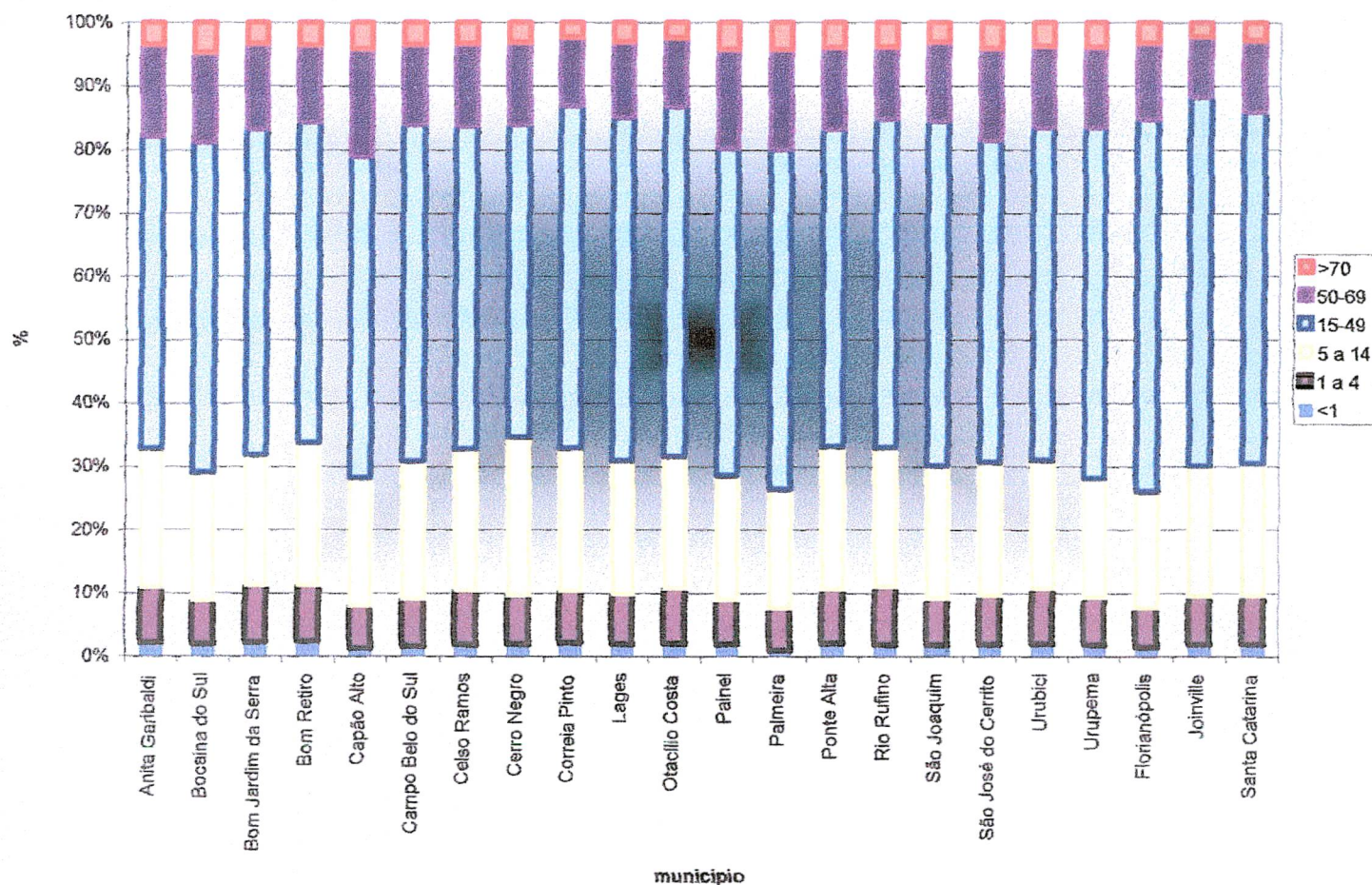
<i>Município</i>	<i><5 estimados</i>	<i><5 vacina- dos</i>	<i>≠entre vacinados e esti- mados</i>
Anita Garibaldi	1.142	1.451	309
Bom Jardim da Serra	420	619	199
Bom Retiro	850	938	88
Campo Belo do Sul	904	1.107	203
Celso Ramos	360	367	7
Cerro Negro	583	543	-40
Correia Pinto	2.113	1.544	-569
Lages	17.993	19.540	1.547
Otacílio Costa	1.763	1.921	158
Ponte Alta	548	734	186
Rio Rufino	188	327	139
São Joaquim	2.431	2.593	142
São José do Cer- rito	1.053	1.144	91
Urubici	1.044	1.067	23
Urupema	233	257	24
AMURES	30.945	34.052	3.107

Fonte: estimativas do IBGE/ setor de imunização da XV Regional de Saúde

d) Mudança no perfil populacional

Outro problema relativo à questão populacional e listado no Primeiro Seminário foi a mudança no perfil populacional, especialmente a participação percentual das diversas faixas etárias, resultando numa provável predominância de menores de 15 anos e maiores de 50 – mais jovens e mais velhos -, devido à saída massiva da população em idade produtiva. De fato, os locais de êxodo apresentam uma composição etária com um predomínio das faixas etárias menores de 15 e maiores de 50 anos. Nos locais de chegada, esse predomínio passa para a faixa etária entre 15 e 49 anos.

Gráfico 3 – Participação percentual por faixa etária – Região Serrana, Florianópolis e Joinville – Santa Catarina – 2.000



A falta de opções local para trabalho e estudo seria alguns dos motivos dessas saídas para outros municípios que ofereçam tais possibilidades, em Santa Catarina, reconhecidamente os municípios de Florianópolis, Itajaí e Joinville – locais cuja população, segundo dados do IBGE, praticamente dobrou nestes últimos 20 anos.

Os Seminários mostraram que é muito comum os jovens de lugares pequenos, sem possibilidade de emprego e/ou a existência de faculdades próximos, migrarem para locais onde essa possibilidade seja mais concreta. Resta sabermos se essa realidade é traduzida em números capazes de refletir tais mudanças, como o gráfico 2 demonstra.

O que percebemos, através do gráfico, é o aumento da participação percentual da faixa etária produtiva nos municípios que comprovadamente cresceram nestes últimos anos (Joinville e Florianópolis). De fato, a migração, ocorra esta pela saída ou pela entrada de pessoas, muda o perfil populacional. No caso de local de entrada, há um predomínio da faixa etária produtiva. Naquele de saída, há uma diminuição na participação desta faixa. Talvez o problema levantado, da existência de muitas crianças e velhos, possa ser explicado pela saída das pessoas em idade de (re) produção. Já, a análise direta da predominância de jovens e velhos deve ser perpassada de outras investigações, entre elas a natalidade e a esperança de vida, além do fato de que os deslocamentos não parecem familiares, já que permanecem os jovens menores de 15 anos.

Como não é minha intenção central investigar estatisticamente a mudança do perfil populacional da Região Serrana, mas somente investigar os problemas levantados nos Seminários de Saúde, fica aqui registrado a maior participação percentual da faixa etária (re) produtiva naqueles municípios de reconhecida imigração, quando comparados àqueles cuja população diminuiu (ou cresceu menos, ou cresceu negativamente) nos últimos anos, situação que foi considerada como problema de saúde.

e) População flutuante

Um problema de graves conseqüências para a questão saúde diz respeito à população flutuante. Todos os anos, entre os meses de março e junho, em torno de 500 pessoas (de todas as idades) chegam ao município de Urupema, com o objetivo de trabalhar na colheita da erva-mate. Esta população (também chamada de erveiros ou bóias-fria) vive nas imediações da sede municipal, e não recebe nenhuma assistência pública. A Prefeitura local não tem conhecimento nenhum sobre o processo saúde-doença desta parcela populacional, e nem sobre sua interferência no processo saúde-doença dos moradores locais.

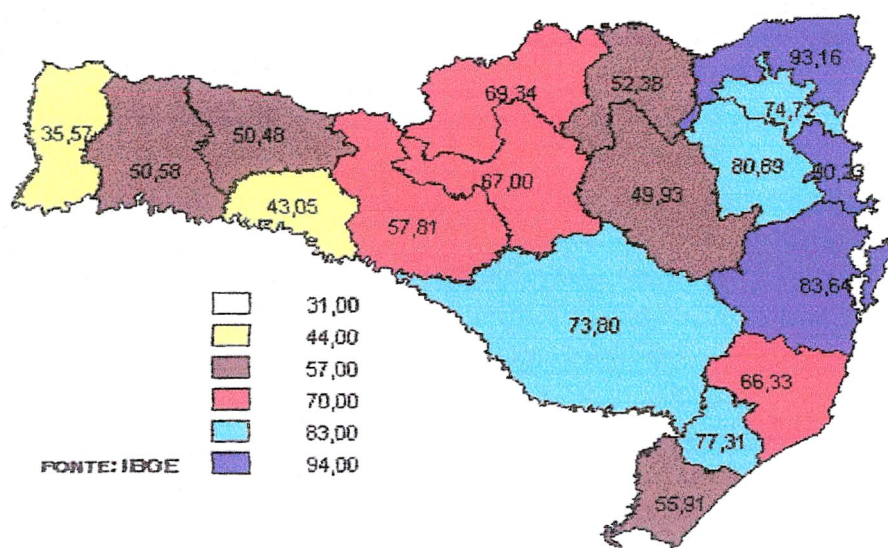
Do mesmo modo, em Campo Belo do Sul foi constatado um número significativo de “erveiros” ou “bóias-fria”, que trabalham na agricultura local. Com situação de vida diversa daqueles de Urupema, estes residem no município. Têm em comum a situação precária de vida e a miséria. A Prefeitura local já desenvolve trabalhos de assistência a esta parcela populacional.

f) Taxa de urbanização

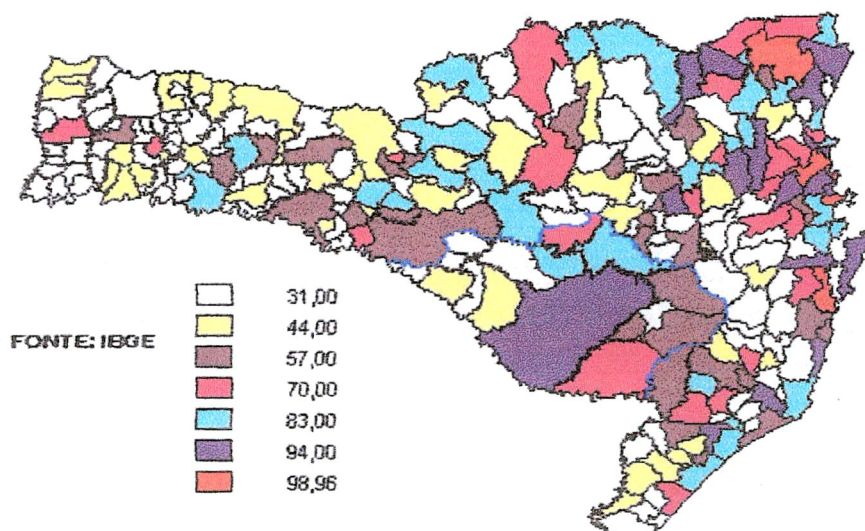
Os mapas 3, 4 e 5 dizem respeito ao grau de urbanização das Regionais de Saúde de Santa Catarina, dos municípios catarinenses e dos estados brasileiros.

Como podemos ver nos mapas 3, 4 e 5, Santa Catarina, quando situado na realidade nacional, é um Estado cujo grau de urbanização situa-se num patamar intermediário entre os Estados pouco urbanizados, como o Maranhão, e aquele mais urbanizado, no caso, o Estado do Rio de Janeiro.

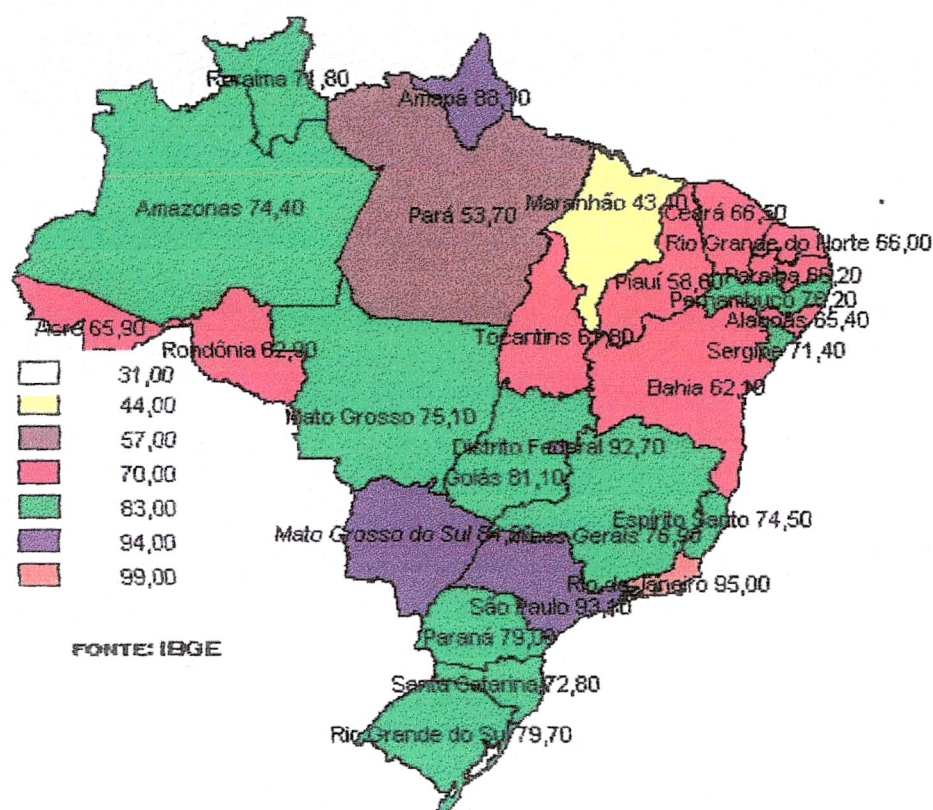
Mapa 3 – Grau de Urbanização das Regionais de Saúde – Santa Catarina - 1991



Mapa 4 – Grau de urbanização dos municípios de Santa Catarina - 1991



Mapa 5 - Grau de urbanização dos Estados Brasileiros - 1997



FONTE: IBGE

Aqui, 73% das pessoas vivem em zonas urbanas. Agora, a realidade interna mostra que as regiões de nosso Estado variam entre menos de 44% de urbanização (extremo oeste) até 93% (Regional Nordeste). A região serrana situa-se num patamar intermediário (73,8%), semelhante ao grau de urbanização de Santa Catarina. Estes limites variam ainda mais, quando se visualiza o município. A região serrana apresenta municípios com uma urbanização de 93% da população (como o caso de Lages), até aqueles com menos de 31% da população residente em zonas urbanas (Cerro Negro, Celso Ramos, Rio Rufino e São José do Cerrito).

Tal informação nos mostra realidades distintas convivendo ao mesmo tempo. De um lado, municípios predominantemente rurais, com poucos habitantes, (daí deduz-se um perfil de morbi mortalidade compatível); e de outro, realidades urbanas, com problemas originados nesta realidade.

Como síntese sobre os problemas relacionados à demografia, temos que:

→ a população da Região Serrana teve um crescimento positivo acentuado entre as décadas de 1950 a 1970, especialmente nos municípios cuja economia centrava-se na extração da madeira;

→ entre os anos de 1980 a 2.000, o crescimento populacional diminuiu, chegando a ser negativo em alguns municípios. Isto ocorreu de forma desordenada, e aqueles municípios cuja economia foi incrementada pelas indústrias (Correia Pinto e Otacílio Costa), cresceram significativamente;

→ o êxodo rural foi significativo entre 1980 e 2.000;

→ excetuando-se Correia Pinto, Lages e Otacílio Costa, a população da Região é predominantemente rural.

3.1.1.2 - Relacionados à agricultura e pecuária

A agropecuária tem grande participação na economia do Planalto Serrano. Centra-se na produção de maçã, feijão, milho, batata, vime e criação de gado.

Conforme podemos visualizar no Quadro 20, o problema que mais municípios listaram foi o do mau uso de agrotóxicos. Em se tratando de uma Região onde a maioria das comunidades têm como ponto forte da economia a agricultura, a questão dos agrotóxicos assume seriedade, uma vez que o seu uso inadequado traz conseqüências para o processo saúde doença, explicitadas não somente nas internações hospitalares, como também na poluição ambiental e em outras ainda desconhecidas.

Interessante notar os problemas relativos à falta de condições para o exercício da agricultura, condições estas que vão desde a política agrícola governamental até a falta de equipamentos e insumos, realidade comum ao país inteiro.

Quadro 21

Principais Problemas Relacionados à Agricultura e Pecuária – Municípios da Região Serrana – AMURES

Município	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Anita Garibaldi	S			S	S				S					S								S
Bocaina do Sul	S								S			S									S	S
Bom Jardim da Serra	S																					S
Campo Belo do Sul		S			S										S	S						
Ceíso Ramos	S						S	S	S	S		S			S		S	S			S	
Cerro Negro	S								S			S		S	S	S		S				S
Correia Pinto									S			S								S		S
Lages																						
Otacílio Costa	S						S	S	S	S				S								
Ponte Alta	S	S									S										S	S
São José do Cerrito	S		S	S	S									S	S						S	S
Urupema																						S

Fonte: Listas de problemas dos Primeiros Seminários de Saúde

Legenda

- | | |
|---|---|
| 1 - Falta de condições ao pequeno agricultor | 2 - Falta de incentivo ao agricultor |
| 3 - Política agrícola e pecuária do governo que mantém os juros altos | 4 - Falta de financiamento acessível |
| 5 - Falta de um terminal de calcário | 6 - Falta de um abatedouro |
| 7 - Falta de implementos agrícolas | 8 - Alto custo dos insumos |
| 9 - Baixo preço dos produtos | 10 - Falta de uma cooperativa agrícola |
| 11 - Falta de condições para o escoamento dos produtos | 12 - Prejuízo nas últimas safras |
| 13 - Pouca assistência governamental | 14 - Falta de um extensionista rural |
| 15 - Falta de conhecimento técnico do agricultor | 16 - Pouca diversificação da agricultura |
| 17 - Falta de formação do agricultor para o plantio direto | 18 - Pouco tratamento e baixo aproveitamento da terra |
| 19 - Pouco aproveitamento dos serviços governamentais | 20 - Realização de queimadas |
| 21 - Existência de atravessadores | 22 - Mau uso de agrotóxicos |

A ONU (Organização das Nações Unidas) utiliza o Coeficiente de Gini para medir a concentração de renda (Gini Geral) ou de terra (Gini Rural). Este indicador varia de 0 a 1, onde o primeiro número equivaleria a uma perfeita distribuição e o segundo, número 1, à concentração total. O Brasil situa-se entre os países com maior concentração de terra do mundo e Santa Catarina, considerada o paraíso nacional, apresenta coeficientes semelhantes aos da América Latina, como podemos ver no Quadro 22. Infelizmente, os dados mais recentes constam dos anos citados. Servem para uma aproximação, mesmo que pequena, à realidade.

O número de problemas listados no conjunto dos Seminários de Saúde relacionados à agricultura e pecuária expressa (reforço) a economia predominante do Planalto Serrano, baseada no setor primário. Locais com economia agro pecuária têm características demográficas próprias, diferentes daquelas encontradas nos centros urbanos. Aqui as características de setor primário são compatíveis com aquelas existentes no Planalto Serrano, como: taxa de urbanização menor, menor cobertura da população com água e esgoto adequados, concentração populacional menor, rendimento médio mensal menor, PIB menor.

O que mudam são as condições concretas de existência dos locais com essa economia, e no Planalto Serrano, podemos perceber, através dos problemas citados nos Seminários que nas últimas décadas, houve a acentuada pauperização do agricultor, com a decorrente piora das condições de vida. Isso tem influenciado no processo saúde-doença das comunidades locais.

A diminuição da produção agrícola trouxe uma diminuição na arrecadação municipal e um menor retorno dos serviços públicos à população local.

O mau uso de agrotóxicos leva (esta é uma hipótese a ser investigada) a uma intoxicação cumulativa da totalidade da população envolvida na agricultura, gerando problemas de saúde ainda desconhecidos pelos serviços responsáveis. No município de Rio Rufino a preocupação com os agrotóxicos utilizados foi considerada prioridade, e foi solicitado junto aos serviços responsáveis, pesquisa sobre o grau de intoxicação daquela população.

Quadro 22 – Coeficiente de Gini Geral e Rural – Micro Regiões de SC e países

Local	Ano	Gini Geral	Gini Rural
Campos de Lages	1991	0.56	0.50
Blumenau	1991	0.46	0.38
Brasil	1991		0.82
Yugoslávia	1980		0.33
Bolívia	1980		0.42
Uruguai	1980		0.39
Venezuela	1980		0.46
América Latina	1980		0.56

Fonte: IBGE/ BANCO MUNDIAL

3.1.1.3 - Relacionados à saúde

Foram considerados neste grupo, todos os problemas relacionados diretamente à qualidade da assistência de saúde, vigilância ambiental (sanitária e epidemiológica) e agravos.

Foi o agrupamento com o maior número de problemas listados, o que pode ser explicado pelo objetivo dos Seminários, que era discutir os problemas de saúde.

Como vemos no Quadro 23, os problemas variaram desde a insatisfação ou falta de acesso da comunidade aos serviços de saúde, até agravos como epidemia de piolho. Muitos deles são de fácil resolução, bastando o conhecimento de sua existência para seu enfrentamento. Aqueles citados como problemas em mais municípios foram os relacionados ao saneamento básico e alta incidência de alcoolismo.

O grande número de problemas relacionados à falta ou carência de ações de saneamento básico revela que as prioridades dos Programas formais do serviço público de saúde da Região não se pautam em ações integrais de prevenção das doenças, independente da existência do serviço responsável.

De fato, os problemas enumerados entre 2 a 17 estão diretamente ligados a ações de vigilância em saúde, sejam estas voltadas à questão da cobertura de água tratada, de esgoto ou da poluição ambiental. O interessante é que a maioria dos municípios possui mais de um órgão responsável pela realização das ações pertinentes a esta questão. Entre as conseqüências desta priorização do serviço público encontraremos um aumento na incidência de agravos relacionados à veiculação hídrica e fecal-oral, explicitado, seja no atendimento ambulatorial, seja nas internações hospitalares. Revela também a desarticulação dos serviços governamentais com o setor assistência à saúde, uma vez que atendem agravos facilmente preveníveis por ações de outros setores .

Quadro 23 –Principais Problemas Relacionados ao Setor Saúde – Assistência –
Municípios da Região Serrana – SC - 1999

Problema Listado	Anita Garibaldi	Bocaina do Sul	Bom J. da Serra	C. Belo do Sul	Celso Ramos	Cerro Negro	Correia Pinto	Lages	Otacílio Costa	Ponte Alta	Rio Rufino	S. José do Gerri-to	Urupema
1			S	S	S								
2	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S	S	S
3				S									
4			S	S		S	S		S			S	
5	S						S						
6				S			S	S					
7												S	
8							S			S		S	
9							S		S				
10										S			
11										S			
12		S	S					S		S			
13		S											
14										S			
15		S											
16		S											
17				S								S	S
18									S				
19				S			S						
20										S			
21			S	S						S			
22			S										S
23		S					S						
24		S			S	S							S
25			S	S									
26													S
27			S				S						
28				S									
29				S									
30								S					
31				S									
32				S					S			S	
33			S										
34									S				
35									S				
36						S							
37			S							S	S		
38													S
39	S	S	S			S		S	S	S	S	S	S
40						S		S	S				S
41									S				
42									S		S		
43											S		
44						S							
45		S											
46			S										
47							S	S					
48		S											
49													S

Legenda na página seguinte

Legenda

1. Insatisfação, falta de acesso da comunidade com os serviços de saúde e falta de aderência dos serviços
2. Contaminação e falta de proteção das fontes de água do meio rural
3. Falta de investimento público para proteção das águas do meio rural
4. Falta de saneamento básico
5. Depósito de lixo a céu aberto
6. Coleta de lixo insuficiente
7. Necessidade de coleta de lixo seletiva
8. Poluição do rio
9. Poluição do ar
10. Falta de uma lixeira tóxica
11. Necessidade de despoluição do rio
12. Falta de água tratada
13. Falta de esgoto
14. Desativação (por parte do Governo) da Oficina Sanitária
15. Falta de sanitários nas casas
16. Falta de sanitários públicos
17. Baixa atuação da Vigilância Sanitária
18. Falta de um IML
19. Falta de atendimento público de urgência e emergência
20. Necessidade de ampliação da US central
21. Falta de equipamentos
22. Falta de medicamentos
23. Falta de atendimento médico/dentário no interior
24. Falta de médico e/ou profissionais do nível superior
25. Falta de atendimento médico especializado
26. Existência de benzedeiros e curandeiros
27. Baixo investimento na contratação e capacitação técnica dos profissionais
28. Falta de parceria entre o público e o privado para atendimento médico e contratação de pessoal
29. Desorganização, atraso e falta de repasses p as internações
30. Filas para o atendimento médico
31. Falta de investimento na prevenção de doenças
32. Falta de programas e/ou trabalhos de prevenção
33. Falta de orientação alimentar
34. Falta de orientação sobre construção de fossas sépticas
35. Falta de trabalhos de educação em saúde
36. Má alimentação da população
37. Verminose
38. Cisticercose e toxoplasmose
39. Alcoolismo
40. Drogas
41. Auto medicação
42. Infecções respiratórias
43. Intoxicação por agrotóxicos
44. Desnutrição
45. Tabagismo
46. Hipertensão
47. Gravidez precoce
48. Piolho
49. Desconhecimento dos óbitos, nascimentos e doenças na população flutuante

Nos Seminários de Saúde, essa desarticulação foi exposta pelos problemas causados pela falta de atuação dos serviços públicos. O problema 17, “baixa atuação da Vigilância Sanitária”, listado em três municípios exemplifica isso.

Outra possibilidade é de que os serviços atuem, mas as pessoas que compareceram aos Seminários o desconhecem. Nesse caso, quando tratarmos dos agravos causadores de internações hospitalares e óbitos, a incidência de doenças causadas pela falta de (ou baixa) atuação das ações voltadas ao saneamento básico será pequena.

Interessante notar que no agrupamento agricultura e pecuária, a maioria dos municípios listou o problema do mau uso de agrotóxicos e, no entanto, no grupo saúde, somente um apontou o agravo intoxicação por agrotóxicos, o que revela uma ausência de relação entre o problema e a saúde. Ou têm a noção da necessidade de se usar corretamente o agrotóxico, mas não o fazem, ou há o desconhecimento sobre o que seja intoxicação por agrotóxico, e por isso não a indicam.

Quadro 24 – Serviços de Epidemiologia desenvolvidos pelo setor público nos Municípios da AMURES – 1995

MUNICÍPIO	SERVIÇO					
	1	2	3	4	5	6
Anita Garibaldi	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Bocaina do Sul	sim	sim	sim			sim
Bom Jardim da Serra	sim	sim	sim			sim
Bom Retiro	sim	sim	sim		sim	Sim
Campo B. do Sul	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
Celso Ramos	sim	sim	sim			Sim
Cerro Negro	sim	sim	sim	sim		Sim
Correia Pinto	sim	sim	sim			
Lages	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
Otacílio Costa	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
Ponte Alta	sim	sim	sim		sim	Sim
Rio Rufino	sim	sim				Sim
São Joaquim	sim	sim	sim		sim	Sim
São José do Cerrito	sim	sim	sim			Sim
Urubici	sim	sim	sim		sim	Sim
Urupema	sim	sim				sim

Legenda na próxima página

Legenda

- 1. Notificação Compulsória -** Agravos ou doenças sob controle do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Em SC são : Sarampo, Poliomielite, Meningites, D. Meningocócica, intoxicação por agrotóxico, cisticercose, raiva, hanseníase, tuberculose, hepatites, toxico-infecções, febre amarela, tétano, difteria e dst-aids.
- 2. Imunizações -** Responsável pela distribuição de vacinas, especialmente aquelas de responsabilidade do setor público: poliomielite, anti gripal, BCG, DPT, anti tetânica, Dupla adulto e Sarampo .
- 3. Tuberculose -** Programa voltado exclusivamente ao controle da Tuberculose
- 4. Hanseníase -** Programa voltado exclusivamente ao controle da Hanseníase
- 5. DST – AIDS -** Programa voltado exclusivamente ao controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
- 6. Estatísticas Vitais -** Responsável pelos óbitos e nascimentos

Os Programas acima colocados fazem parte do serviço institucional do setor público de saúde brasileiro. Em sua totalidade, são programas dito “verticais”, cujas normas de operacionalização são, na sua grande maioria, elaboradas pelo Ministério da Saúde, CENEPI ou assemelhados, cabendo aos Estados, Regionais de Saúde e Municípios implementarem-nos, segundo regras pré-estabelecidas.

Vemos aqui que não foram implantados programas de Tuberculose em Rio Rufino e Urupema, hanseníase, em Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Celso Ramos, Ponte Alta, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema e, DST-AIDS, em Bom Jardim da Serra, Celso Ramos, Rio Rufino, Urubici e Urupema.

De todos os municípios citados, somente Urupema e Rio Rufino não possuem os três programas citados.

É importante reforçar que estes Programas são de origem federal, e sua implantação independe da importância local dos agravos que os compõem.

Em geral, o serviço público de saúde tem como fundamento o viés de enquadrar a população sob suas prioridades, estipuladas em nível nacional e sem a

consideração da realidade local, viés esse agravado pelos recursos destinados a cada programa isoladamente, cujos critérios de repasse são desconhecidos, mas que, na prática, demonstram a priorização de alguns.

Quadro 25 - Serviços de Vigilância Sanitária Desenvolvidos Pelo Setor Público nos Municípios do Planalto Serrano - AMURES – 1995

MUNICÍPIO	SERVIÇO						
	1	2	3	4	5	6	7
Anita Garibaldi	sim	sim				Sim	
Bocaina do Sul							
Bom Jardim da Serra							
Bom Retiro	sim	sim			sim	Sim	
Campo B. do Sul	sim	sim			sim	sim	
Celso Ramos							Sim
Cerro Negro							
Correia Pinto	sim	sim	sim		sim	sim	Sim
Lages	sim	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
Otacílio Costa	sim	sim			sim	sim	
Ponte Alta	sim	sim			sim		
Rio Rufino							
São Joaquim	sim	sim			sim	sim	Sim
São José do Cerrito	sim	sim					
Urubici	sim	sim				Sim	sim
Urupema							

Legenda

- | | |
|--|---|
| 1. Fiscalização de alimentos | 2. Fiscalização de saneamento |
| 3. Fiscalização de químicos e farmacêutica | 4. Fiscalização do exercício Profissional |
| 5. Saneamento básico | 6. Monitoramento do cólera |
| 7. Controle da qualidade da água | |

Os serviços de Vigilância Sanitária, conforme mostra o Quadro 25, são oferecidos precariamente na região, sendo que Bom Jardim da Serra, Cerro Negro e Urupema não o possuem. Celso Ramos só tem o controle de qualidade da água. Em compensação, 8 dos 16 municípios têm o serviço de monitoramento do cólera, agravo não incidente na região, mas advindo de um programa de nível federal. A atuação da Vigilância Sanitária foi um dos maiores problemas encontrados.

A pouca oferta desses serviços comumente tem como desdobramentos, a incidência maior de doenças e morte por causas infecciosas e parasitárias. Essa relação poderá ser confirmada na análise da morbi-mortalidade ocorrida na Região do Planalto Serrano.

Ainda segundo o Quadro 25, cabe à Vigilância Sanitária realizar fiscalização de alimentos, de medicamentos, ações de saneamento básico, controle da qualidade de água, fiscalização de saneamento, do exercício profissional e monitoramento do cólera.

Quadro 26 - Serviços Ambulatoriais desenvolvidos pelo Setor Público nos municípios do Planalto Serrano - AMURES – 1995

MUNICÍPIO	SERVIÇO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anita Garibaldi	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Bocaina do Sul									
Bom Jardim da Serra	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Bom Retiro	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Campo B. do Sul	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
Celso Ramos	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Cerro Negro	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Correia Pinto	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Lages	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	Sim
Otacílio Costa	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	
Ponte Alta	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Rio Rufino	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
São Joaquim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
São José do Cerrito	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Urubici	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		
Urupema	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim		

Fonte: XV Regional de Saúde

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Educação em saúde | 2. Controle do diabetes |
| 3. Controle da hipertensão arterial | 4. Prevenção do câncer ginecológico |
| 5. Odontologia | 6. Farmácia básica |
| 7. Controle e avaliação | 8. Saúde mental |
| 9. Programa de Saúde da Família | |

Em relação a este último, o Governo Federal injetou recursos significativos entre os anos de 1994 a 1996, mesmo que este agravo praticamente não apresentasse risco de propagação na Região. Em contrapartida, como pudemos ver anteriormente, outras ações pertinentes à Vigilância, ou não foram desenvolvidas, ou o foram de forma muito precária, ou a população desconhece seu desenvolvimento. Os municípios de Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Rio Rufino e Urupema não possuíam, em 1995 nenhum serviço de Vigilância Sanitária.

Quadro 27 - Serviços de Laboratório do Setor Público dos Municípios do Planalto Serrano - AMURES – 1995

SERVIÇO LABORATORIAL			
MUNICÍPIO	BROMATOL. E CÓ-LERA	ANÁLISES CLÍNICAS	PATOLOGIA
Anita Garibaldi		sim	
Bocaina do Sul			
Bom Jardim da Serra		sim	
Bom Retiro		sim	
Campo B. do Sul		sim	
Celso Ramos			
Cerro Negro			
Correia Pinto	sim	sim	sim
Lages	sim	sim	sim
Otacílio Costa			
Ponte Alta			
Rio Rufino			
São Joaquim			
São José do Cerrito			
Urubici		sim	
Urupema			

Fonte: XV Regional de Saúde

Obs.: Os serviços de flúor, bromatologia, cólera, patologia, hepatite e AIDS são regionais.

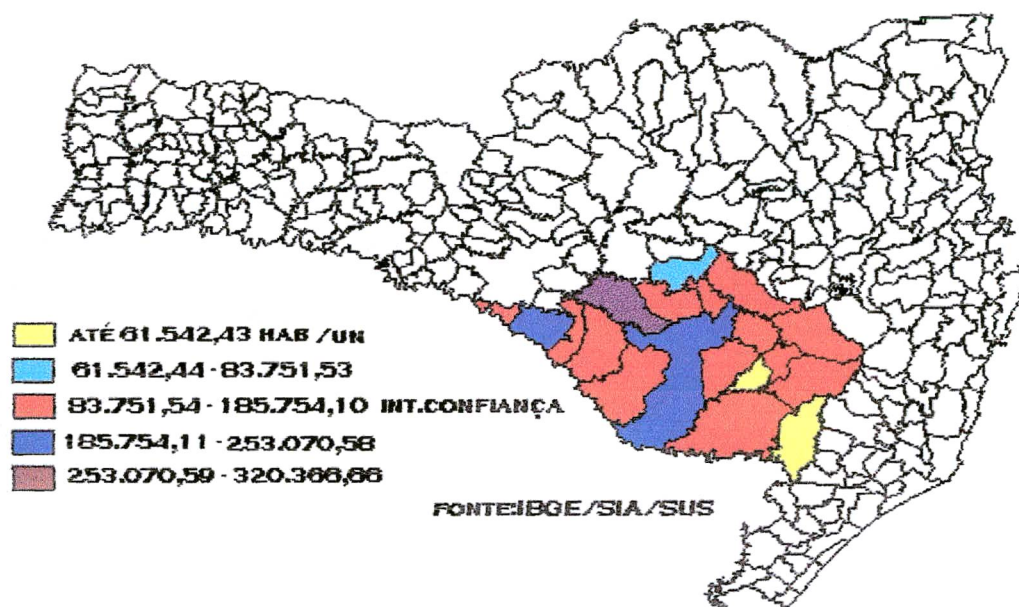
No item serviços ambulatoriais, como podemos ver no Quadro 26, somente o Programa de Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família (recente na época) ainda não foram implantados em todos os municípios.

A questão que se coloca é a da cobertura e produção desses serviços, já que a oficialização de dado serviço não se traduz necessariamente no acesso da população aos mesmos. Após a verificação dos serviços de laboratório existentes no Planalto, voltarei à assistência ambulatorial.

A ineficácia dos serviços coletivos de prevenção tende a sobrecarregar a demanda por serviços ambulatoriais, o que veremos adiante.

a) Assistência de saúde da Região Serrana

Mapa 6 – Proporção habitante/unidade de saúde básica do SUS- Municípios AMURES – SC - 1999



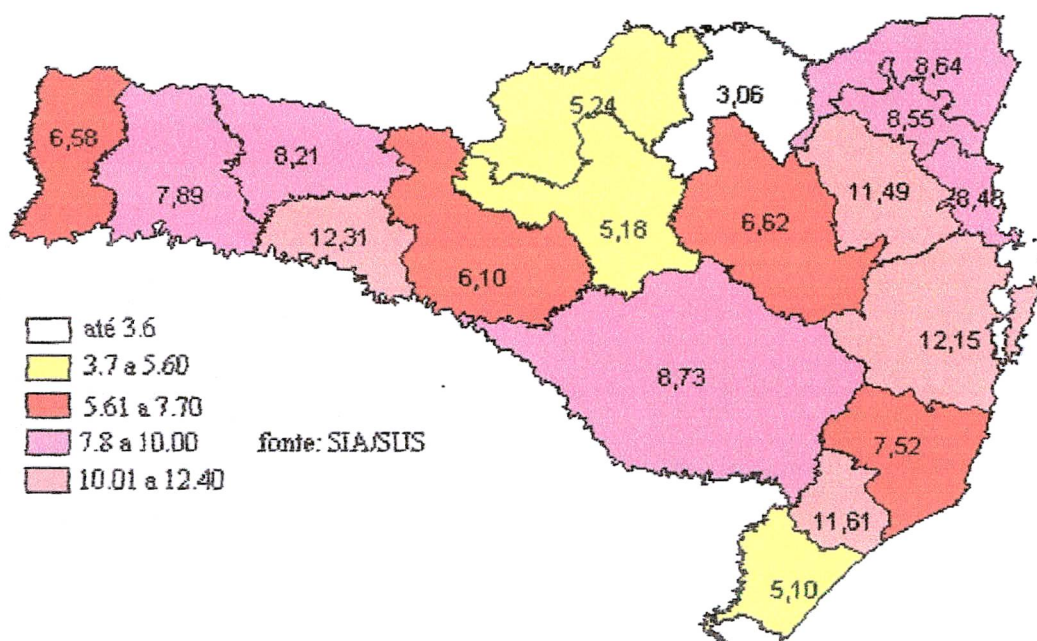
Dando seguimento à análise, cabe agora vermos a assistência ambulatorial na Região Serrana. Vejamos então como anda a assistência pública nestes municípios.

Veremos adiante que os municípios com maior proporção de Unidades Básicas de saúde são coincidentes com alguns que apresentam o maior percentual de internações. Este é o caso de Lages e Campo Belo do Sul. São José do Cerrito e Anita Garibaldi, que se situam no intervalo esperado para internações hospitalares, aqui apresentam uma maior proporção de unidades básicas.

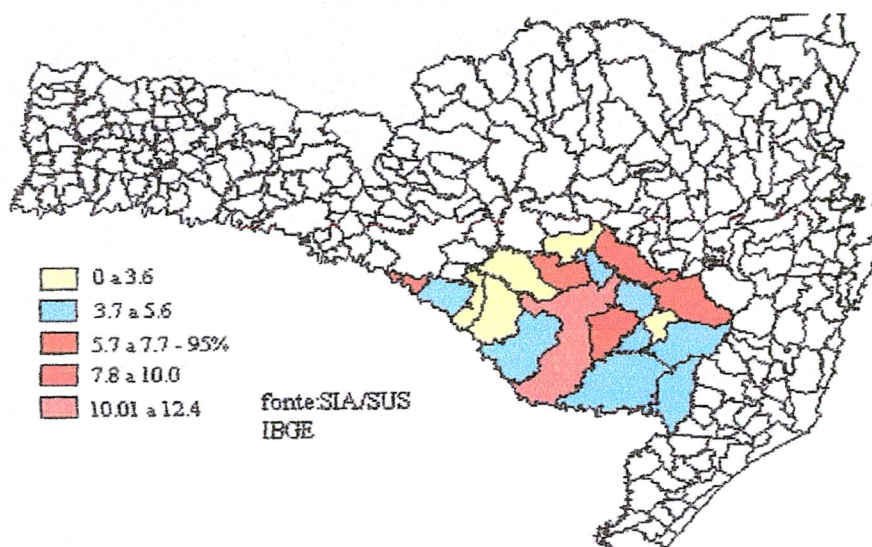
Em compensação, Bom Jardim da Serra e Urupema têm uma menor proporção de internações e também uma menor proporção de Unidades Básicas de Saúde. Já, em Ponte Alta, as internações são mais significativas e a proporção de unidades básicas menor.

Talvez a produção ambulatorial ocorrida nesses municípios possa nos auxiliar nesta análise, concentrando uma maior produção, independente do número da proporção entre habitantes e Unidades Básicas de Saúde.

Mapa 7 – Produção ambulatorial habitante/ano – Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1999



Mapa 8 – Produção ambulatorial habitante/ano – AIH – municípios da AMURES – SC - 1999

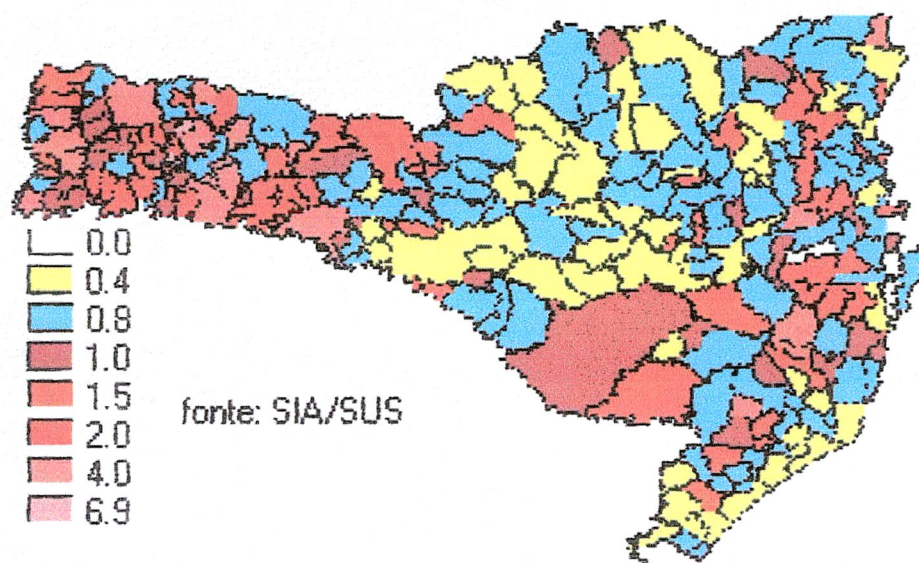


A produção ambulatorial nos mostra que, apesar da Região Serrana apresentar uma média acima do Estado, a mesma está concentrada no município de Lages, ficando os outros abaixo daquela de Santa Catarina. Excetuam-se Painel, Correia Pinto, Bom Retiro e Otacílio Costa, onde a produção equivale à do Estado.

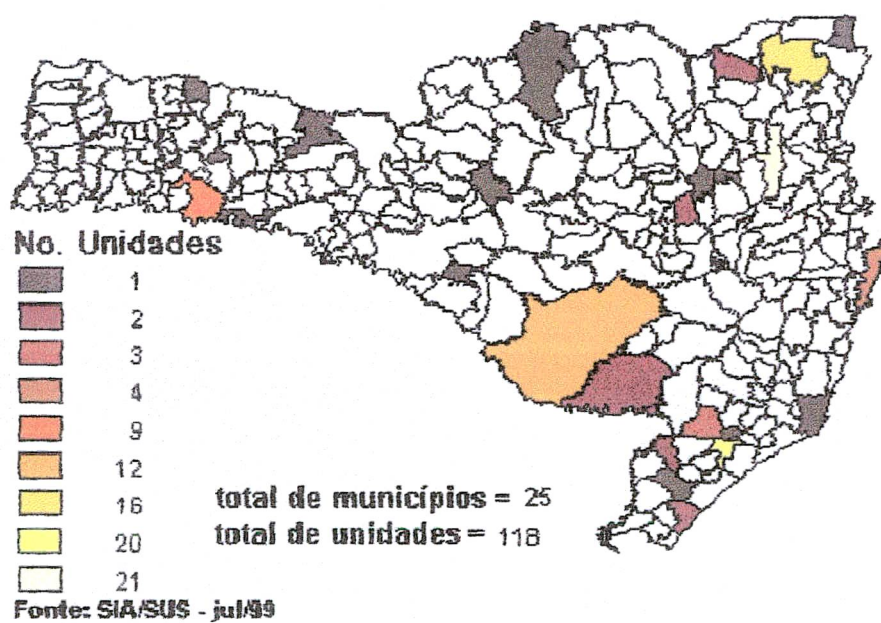
Os mapas 8, 9, 10, 11 e 12, dizem respeito à consulta médica, consulta odontológica, oferta do Programa de Saúde da Família – PSF – e AVEIANS – Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos. Mostram, que a Região Serrana, de um modo geral, tem uma boa produção (quando comparada à média de Santa Catarina) no tocante à assistência básica.

Quanto à consulta médica, os municípios de Lages, Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Bom Jardim e Painel situam-se acima da média de Santa Catarina. Em compensação, os demais estão abaixo, o que confirma o problema levantado nos Seminários de falta de profissionais médicos nos municípios. Do mesmo modo as consultas odontológicas concentram-se nestes municípios. Também confirma a falta de profissionais odontólogos levantada nos Seminários. Ressalto que nos Seminários foi considerado como problema a falta de profissionais de saúde que exercessem atividades no serviço público.

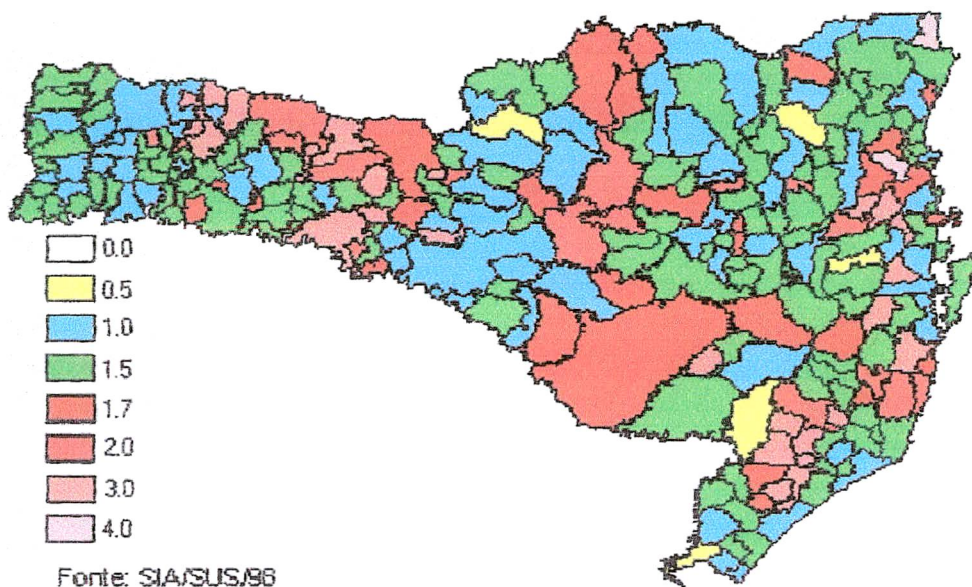
Mapa 9 – Consulta odontológica (1.0 consulta/habitante/ano) – Municípios de Santa Catarina - 1998



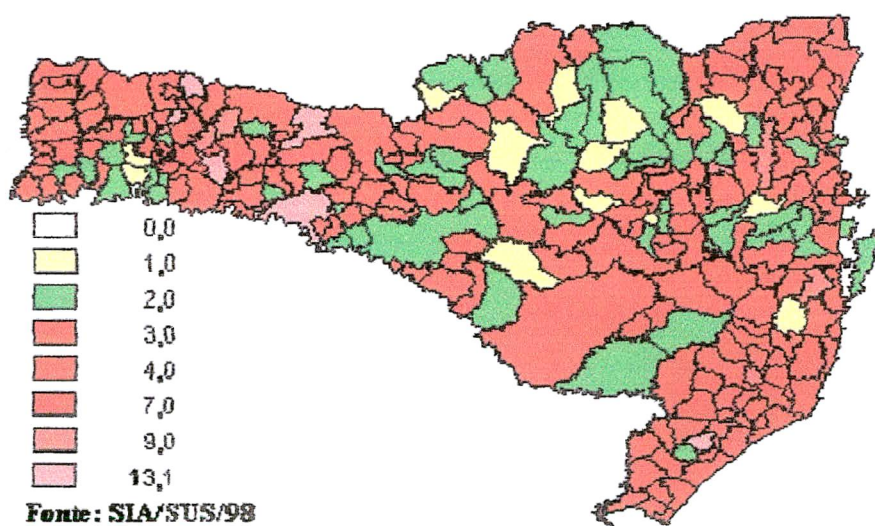
Mapa 10 – Unidades do PSF – Municípios de Santa Catarina - 1998



Mapa 11 – Consulta Médica básica habitante/ano – Municípios de Santa Catarina - 1998



Mapa 12 – Procedimentos AVEIAN habitante/ano – Municípios de Santa Catarina - 1998



Preocupante também é a baixa cobertura de AVEIAM (Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos) verificada em Bom Jardim da Serra, Urubici, Correia Pinto e Campo Belo do Sul, já que este grupo de procedimentos inclui a vacinação e ações que independem da atuação direta de profissionais de nível superior.

Como síntese sobre a Assistência Pública de Saúde, temos que:

→ a assistência pública não tem se pautado na realidade para a implantação de seus serviços;

→ cada Programa de Saúde desenvolvido (tanto na regional de saúde, quanto nos municípios) não consideram as ações desenvolvidas por outros programas;

→ a assistência de saúde centra-se nos agravos considerados isoladamente, e não nas condições de vida e suas determinações no processo saúde doença;

→ as ações preventivas são desenvolvidas com total alheamento das ações curativas;

→ os Programas de Saúde são implementados de forma vertical, do Governo Federal aos Estados, e destes aos municípios. Não surgem da realidade local;

→ os serviços de Vigilância Sanitária desenvolvidos na Região são precários, não alcançando o objetivo de monitorar as condições ambientais relacionadas à saúde;

→ os serviços de saúde desenvolvidos na XV Regional de Saúde ocorrem de forma estanque, independentes e isolados entre si. Há, hoje, um maior entrosamento entre a Regional (estrutura estadual, de caráter intermediário entre o Governo do Estado e os Municípios). Isso porem não altera a departamentalização dos serviços;

→ a produção ambulatorial é maior no município de Lages, e acontece aliada em relação as ações desenvolvidas pelos Programas já verificados;

→ apesar de haver uma produção ambulatorial na Região Serrana acima da média de Santa Catarina, muitos agravos têm a tendência de aumento de incidência, devido à desarticulação existente entre os próprios serviços e programas governamentais. Um desses refere-se à atuação da Vigilância Sanitária e à realização de ações de saneamento básico.

b) Agravos à saúde no Planalto Serrano

Quadro 28 - Problemas Relacionados à Incidência de Agravos – Planalto Serrano – 1996

MUNICÍPIO	AGRAVOS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anita Garibaldi	sim								
Bocaina do Sul									
Bom Jardim da Serra		sim	sim	sim					
Bom Retiro									
Campo B. do Sul									
Celso Ramos									
Cerro Negro		sim			sim				
Correia Pinto	sim						sim	sim	
Lages	sim								
Otacílio Costa	sim		sim						
Ponte Alta			sim						
Rio Rufino		sim	sim			sim			
São Joaquim									
São José do Cerrito	sim								
Urubici									
Urupema	sim								sim

Legenda

- | | |
|--|---|
| 1. Alta incidência do uso de drogas e alcoolismo | 2. Alta incidência de verminose |
| 3. Alta incidência de Infecções Respiratórias Agudas | 4. Alta incidência de hipertensos |
| 5. Alta incidência de desnutrição | 6. Alta incidência de intoxicação por agrotóxicos |
| 7. Alto número de gravidez na adolescência | 8. Número elevado de prostituição na adolescência |
| 9. Existência de cisticercose e toxoplasmose | |

São escassos os trabalhos de investigação sobre os agravos citados nos Seminários. Não podemos esquecer que estes agravos foram colocados como problemas nos Seminários de Saúde, através do debate entre trabalhadores do setor saúde, entidades não governamentais e entidades governamentais, sendo, portanto, problemas percebidos por esta comunidade.

Os limites encontrados para a investigação sobre a magnitude desses agravos naqueles municípios esbarram na capacidade do serviço de saúde de organizar seus serviços de forma a ter uma base de dados que possibilite tal investigação. Outro obstáculo diz respeito à organização vertical dos programas (já citado anteriormente), em que agravos municipais e/ou regionais não têm a mesma importância que aqueles detectados em nível federal ou estadual.

Ainda assim, tentarei procurar nas bases de dados existentes, particularmente DATASUS – para ver internações hospitalares -, SIM - Sistema de Mortalidade, para verificar causas de óbitos -, SINASC – Sistema de Nascidos Vivos - e outras bases de dados que forem encontradas, a fim de verificar os agravos listados nos Seminários de Saúde.

b.1) Uso de drogas e álcool

A Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina realizou, em 1993, uma pesquisa sobre o uso de álcool e drogas entre alunos da rede pública do Estado. Neste trabalho ficou demonstrado que o uso de drogas e álcool entre os alunos é muito grave, de uma seriedade além daquela dada pelos serviços de saúde.

Este trabalho foi realizado durante o ano de 1993 nas Escolas Públicas Estaduais de Santa Catarina. Foram aplicados questionários nos alunos destas Escolas a fim de investigar o uso de diversas drogas pelos adolescentes.

Quadro 29 - % de Alunos das Escolas Públicas de Santa Catarina que já usaram Álcool ou Drogas – 1993

LOCAL	% ALUNOS QUE JÁ USARAM ÁLCOOL	% DE ALUNOS QUE JÁ USARAM DROGAS
AMURES	84	18
SANTA CATARINA	85	17.1

Fonte: SEED - SC

O uso de álcool e drogas é hoje um problema de saúde pública. O referido trabalho mostra que, de cada 10 adolescentes, pelo menos 8 já usaram alguma bebida alcoólica. Discute também que, na faixa etária de maiores de 18 anos, 92.4% já experimentaram alguma bebida alcoólica.

b.2) Gravidez na adolescência

A adolescência é considerada a idade que varia entre os 10 e 19 anos. É neste período que ocorrem as transformações hormonais que tornam o homem e a mulher aptos a reproduzirem.

A nível mundial, percebe-se uma tendência crescente de mais adolescentes engravidarem (Folha de São Paulo, 05 de março de 2.000). Várias hipóteses são aventadas para essa realidade, que variam, desde a menarca precoce, a liberalização sexual e os meios de comunicação de massa, até a ausência dos pais na criação cotidiana dos filhos.

No Brasil essa tendência também pode ser verificada através do aumento do número de internações de adolescentes para a realização de partos.

Independente do debate moral acerca da gravidez na adolescência, há o reconhecimento, por parte das autoridades técnicas em saúde de nosso país, sobre as dificuldades em se levar a termo, com qualidade de vida, uma gravidez e a conseqüente criação de um filho, na qual os pais tenham idade menor de 19 anos.

Quadro 30 - Proporção de partos em menores de 19 anos
Municípios AMURES e Santa Catarina - 1994 a 1997

Município	%<19/94	%<19/95	%<19/96	%<19/97
Anita Garibaldi	17,62	18,72	16,00	20,29
Bocaina do Sul				18,60
Bom Jardim da Serra	32,50	16,00	22,86	23,08
Bom Retiro	24,77	26,44	17,46	26,92
Campo Belo do Sul	21,37	21,57	17,57	19,54
Capão Alto				18,18
Celso Ramos	20,63		14,58	29,41
Cerro Negro	15,25	23,21	15,94	18,07
Correia Pinto	24,85	28,19	27,88	28,67
Lages	21,47	21,74	23,79	22,77
Otacílio Costa	21,04	16,86	20,26	20,66
Painel				8,82
Palmeira				30,43
Ponte Alta	33,33	28,32	25,20	28,80
Rio Rufino	15,91	25,00	20,59	16,98
São Joaquim	21,24	27,34	24,59	25,06
São José do Cerrito	14,77	14,09	20,13	21,02
Urubici	16,59	18,30	19,25	18,62
Urupema	13,04	17,78	9,38	39,39
Região Serrana	21,32	22,07	22,80	22,98
Santa Catarina	18,80	19,51	20,48	20,73
Brasil	20,85	21,96	22,92	23,48

fonte: SINASC

Maiores percentuais do Estado

Como vemos no Quadro 30, a Região do Planalto Serrano mantém proporção maior de partos em adolescentes do que o Estado, numa tendência crescente entre os anos de 1994 a 1997, tendência essa semelhante à ocorrida no Brasil no mesmo período. Destacam-se aqui Correia Pinto e Ponte Alta, pelos patamares muito elevados de proporção de nascimentos cujas mães têm menos de 19 anos. Porém, nos Seminários de saúde, somente o primeiro considerou este um problema a ser enfrentado.

Interessante notar que a idade da mãe não está associada diretamente nem ao grau de urbanização, nem ao crescimento populacional, nem à participação percentual de cada faixa etária. Ao contrário, Correia Pinto está, hoje, entre os municípios mais urbanizados da região Serrana, e Ponte Alta entre aqueles menos

urbanizados; a participação das faixas etárias (re)produtivas nestes municípios também não é significativamente maior do que nos outros, e enquanto o primeiro cresceu demograficamente, o segundo apresentou um crescimento menor entre os anos de 1980 a 2.000.

Talvez parte da resposta esteja no aspecto cultural de cada município, o que espero clarear até o final desta tese.

b.3) Quanto aos principais agravos de internação Hospitalar

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do DATASUS possibilita a visualização dos principais agravos e diagnósticos que originam as internações hospitalares.

Mesmo sabendo que esse sistema de informações visa prioritariamente o pagamento das AIHs (autorizações de internação hospitalar), penso que através dele possamos visualizar alguns agravos e/ou diagnósticos causadores de internação, como uma primeira pincelada sobre o adoecimento das pessoas moradoras destes locais. Através dele se torna possível também, agrupar os diagnósticos segundo critérios definidos pelo investigador.

Os dados, a partir de 1998, são computados também por município de residência. Mesmo sabendo que a análise das internações hospitalares deveria ser feita também nos anos anteriores, realizo-a a partir desse mesmo ano de 1998, já que, a busca de internações por local de ocorrência pode gerar o desvio de superestimação de agravos naqueles locais que oferecem serviços hospitalares, em detrimento da subestimação daquelas populações que não possuem estes serviços.

Outro Serviço que pode também nos orientar sobre a ocorrência de alguns agravos é o SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Este sistema de informações abarca somente alguns agravos de notificação compulsória, cuja

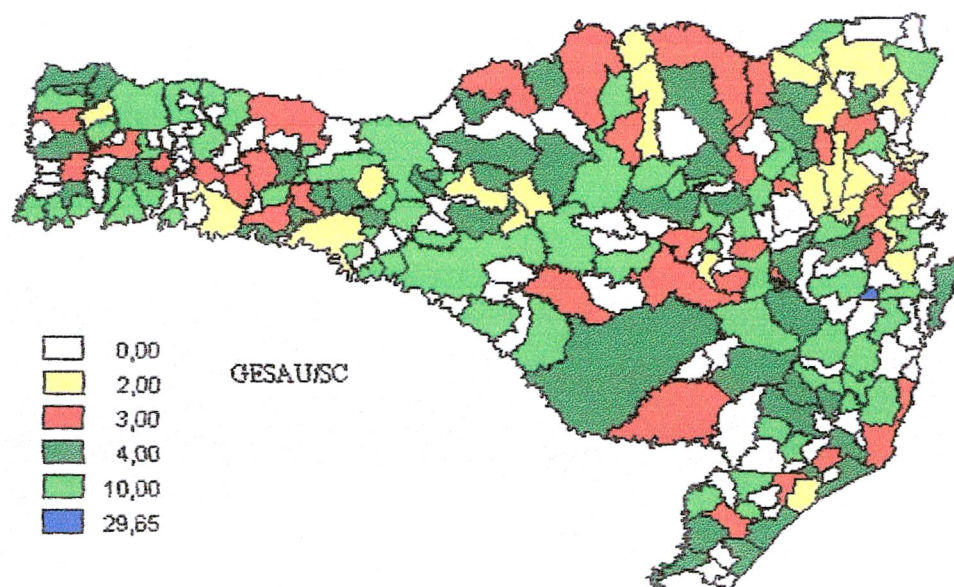
base de dados ainda não está disponível via internet, além de seguir, muitas vezes, os Programas verticais já falados anteriormente.

De qualquer forma, os dados acerca dos agravos de notificação compulsória são de responsabilidade dos serviços de epidemiologia estaduais e municipais. Vejamos como foi na Regional da AMURES.

Há, em Santa Catarina a falta de dados e informações sobre a morbidade ambulatorial. Iniciativas isoladas de alguns municípios não possibilitam a verificação das principais causas de procura de ambulatórios públicos.

Os mapas 13 e 14 mostram a distribuição dos leitos hospitalares e hospitais no Estado de Santa Catarina.

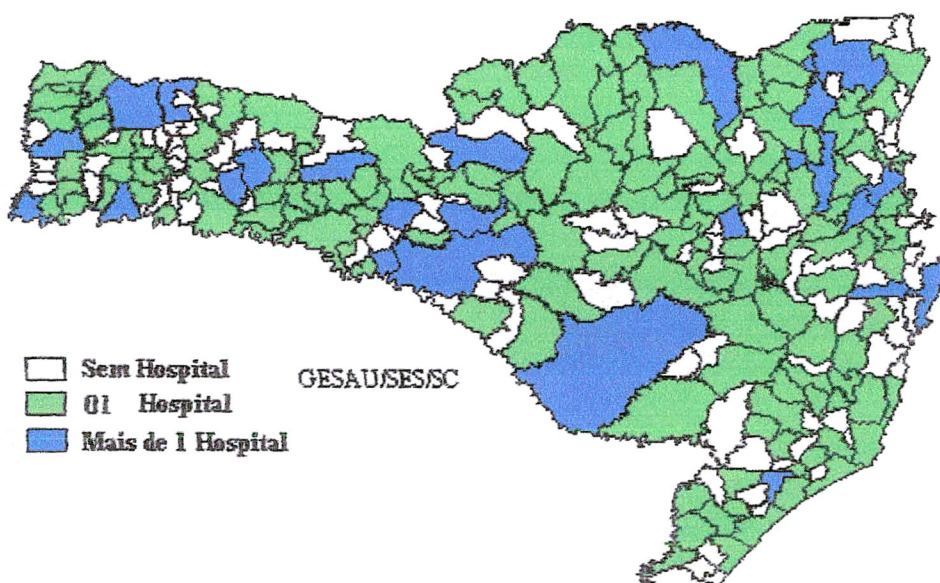
Mapa 13 – Relação leito por 1.000 habitantes – Municípios de Santa Catarina – 2.000



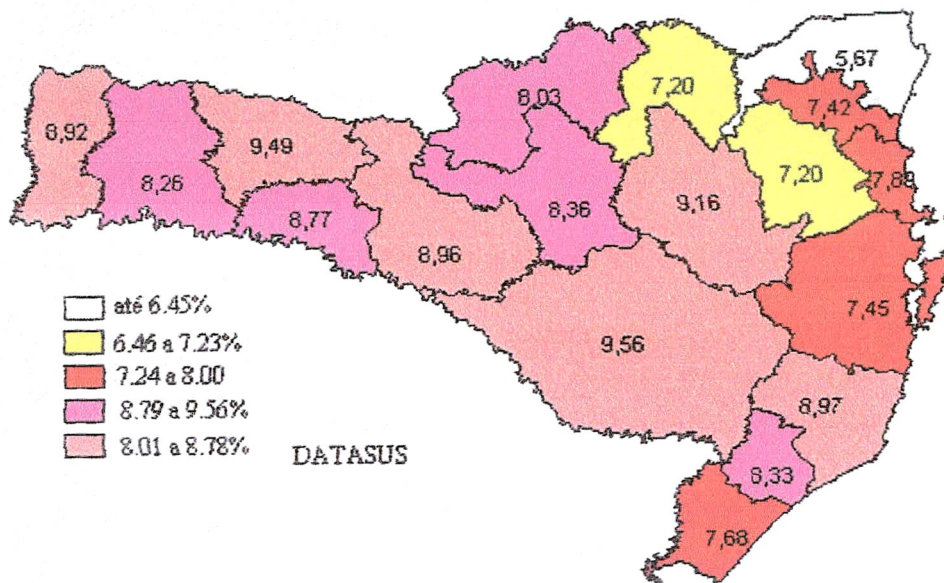
A considerar a relação de 2.31 leitos para cada 1.000 habitantes, a grande maioria dos municípios de Santa Catarina apresentam uma relação acima daquela proposta pela Organização Mundial da Saúde. Nos municípios da Região do Planalto Serrano, esta relação se repete, com a grande maioria deles com mais de 2.31 leitos para cada 1.000 habitantes. Logo, os problemas advindos da falta de acesso ao atendimento hospitalar de Santa Catarina não têm relação com a oferta de leitos.

Além da relação leito/habitante, a oferta de hospitais em Santa Catarina é significativa, sendo poucos os municípios que não possuam um estabelecimento hospitalar. Na Região do Planalto Serrano, seis municípios não têm hospital. O restante – 13 municípios – tem algum estabelecimento hospitalar e Lages tem mais de um hospital. Isto nos leva a pensar que também a oferta de hospitais deveria atender a demanda.

Mapa 14 – Distribuição dos Hospitais por Município – Santa Catarina – 2.000



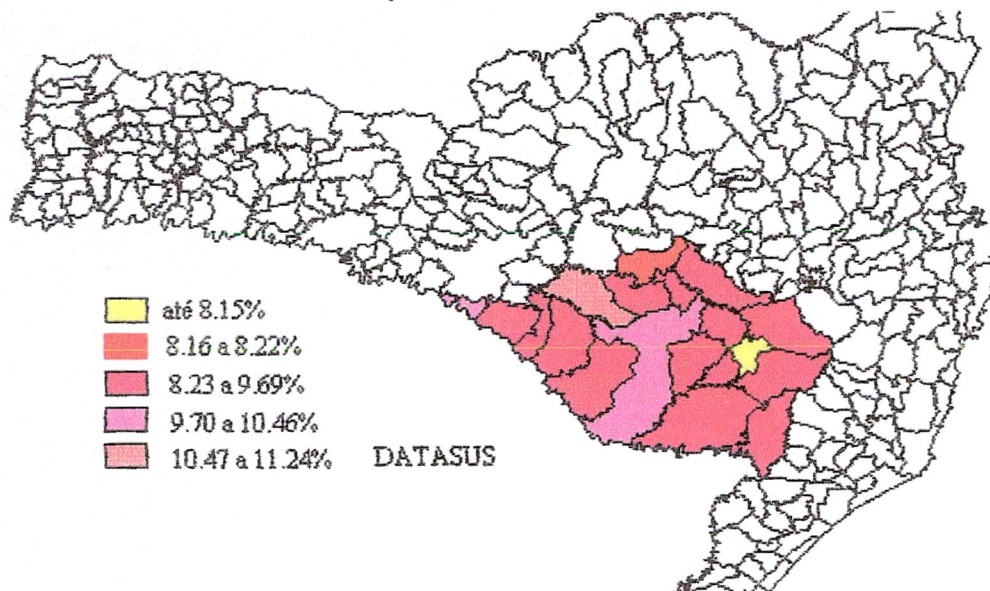
Mapa 15 – Percentual de internações hospitalares sobre a população – Regionais de Saúde - SC - 1999



Lembrando dos problemas listados nos Seminários de Saúde sobre a falta ou precariedade de ações de saneamento básico com a oferta de hospitais e leitos, poderíamos chegar à conclusão de que o serviço curativo hospitalar vem suprir carências das ações preventivas. Tentemos investigar essa possibilidade.

Os mapas 15 e 16 mostram a proporção de internações hospitalares ocorridas no ano de 1999 em todas as faixas etárias e por todas as causas sobre a população desse mesmo ano.

Mapa 16 – Percentual de internações sobre a população – Municípios da AMURES - 1999



Nestes mapas podemos perceber que a média de internações nos municípios da Região Serrana é bem superior àquela encontrada nas demais Regionais de Santa Catarina.

Isto nos traz os seguintes questionamentos:

- os moradores da Região adoecem mais do que os do restante do Estado?;

- os serviços de saúde da Região têm uma baixa eficácia (especialmente na atenção básica e prevenção de doenças), o que levaria a um maior número de internamentos?;

- os serviços de saúde da Região possibilitam maior acesso dos usuários (o que outras regiões não teriam)?;

- as condições de vida destas pessoas são piores do que as verificadas em outras regiões de Santa Catarina?.

Em que pese as críticas ao Sistema de Internações Hospitalares³⁵, as causas de internações hospitalares servem, numa aproximação bastante inicial, para delimitar alguns agravos mais significativos, já que a compilação dos dados por local de residência mostra as principais causas de internação de cada município. Outra forma de desenvolver alguns aspectos das questões levantadas, é a verificação da oferta de serviços públicos da Região, como atividades de assistência básica e oferta de leitos do SUS. Estas informações já foram compiladas.

O cruzamento desses dados de internação e assistência básica fornecerá subsídios iniciais para a confirmação dos nove problemas relacionados à ocorrência de agravos e/ou doenças levantados nos Seminários de Saúde.

O Quadro 31 nos mostra que as internações por doenças infecto-parasitárias, entre as quais estão incluídas as diarreias e infecções intestinais, e as preveníveis por imunizações, apresentam uma média maior na Região Serrana do que no Estado de Santa Catarina. Do mesmo modo, as doenças do sistema ner-

³⁵ O SIH tem como objetivo o pagamento das contas hospitalares, fato que pode gerar desvios nos diagnósticos de internamentos

vosos, que incluem as meningites; do aparelho circulatório, infarto, hipertensão e acidente vascular cerebral; do aparelho respiratório, gripe, pneumonia e asma; endócrinas, nutricionais e metabólicas, desnutrição e diabetes.

Interessante notar que as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério na Região Serrana conferem com os dados levantados anteriormente de baixa fecundidade, situando-se num patamar bem abaixo da média de Santa Catarina.

Quadro 31 - Percentual de internação por causa – CID – Região Serrana e SC – 1999

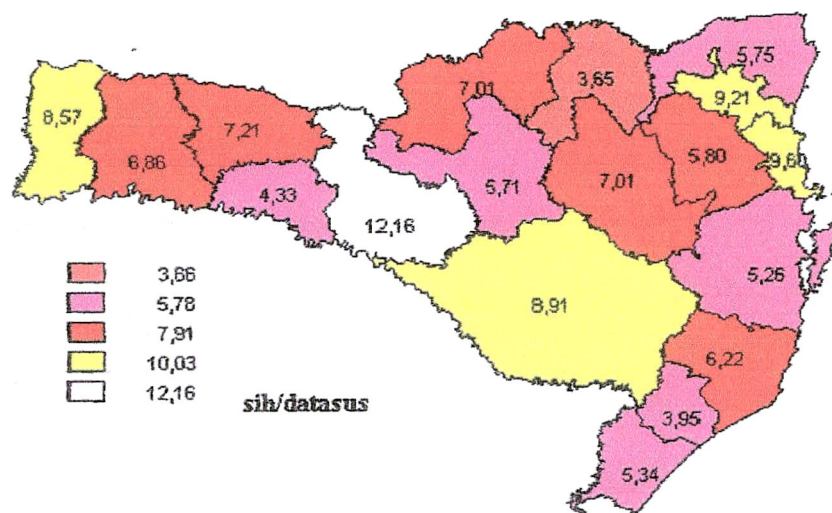
CAUSA CID	% REGIÃO SERRANA	% SANTA CATARINA	DIFERENÇA
Infecção Parasitárias	8.91	6.68	+2.23
Neoplasias	3.27	3.28	-0.01
Doenças Sangue Órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	0.40	0.52	-0.12
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.40	2.12	+0.30
Doenças do Sistema Nervoso	4.35	3.18	+1.17
Doenças dos Olhos e Anexos	0.21	0.51	-0.30
Doenças do Ouvido e apófise mastóide	0.15	0.13	+0.02
Doenças do Aparelho circulatório	12.50	10.61	+1.89
Doenças do Aparelho Respiratório	19.78	18.64	+1.14
Doenças do Aparelho Digestivo	8.14	9.27	-1.13
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	0.77	0.85	-0.08
Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido Conjuntivo	2.46	2.50	-0.04
Doenças do Aparelho Geniturinário	6.12	6.62	-0.50
Gravidez, parto e puerpério	19.73	22.40	-2.67
Doenças Perinatais	1.53	2.53	-1.00
Malformações congênitas	0.39	0.49	-0.05

Fonte: SIH/DATASUS

A lista com base na CID (Sistema de Classificação Internacional de Doenças), por grandes grupos de causas, não possibilita a análise acurada dos diagnósticos causadores de internamentos, já que agrupa cada diagnóstico em grupos de doenças por sistemas e aparelhos. No entanto, é reconhecida mundialmente,

servindo de base de comparação entre todos os países do mundo. Além disso, é a única disponibilizada via internet de modo a possibilitar a visualização destes grupos de causas nos mapas, por local de residência, sendo aqui utilizada por este motivo. Vejamos agora a média de internamentos por cada causa da CID, relacionando-a aos municípios da Região Serrana.

Mapa 17 – Percentual de internações hospitalares por doenças infecto contagiosas sobre o total de internações – Regionais de Saúde – SC - 1999



Mapa 18 – Percentual de internações hospitalares por doenças infecto contagiosas sobre o total de internações – Municípios da AMURES – SC - 1999

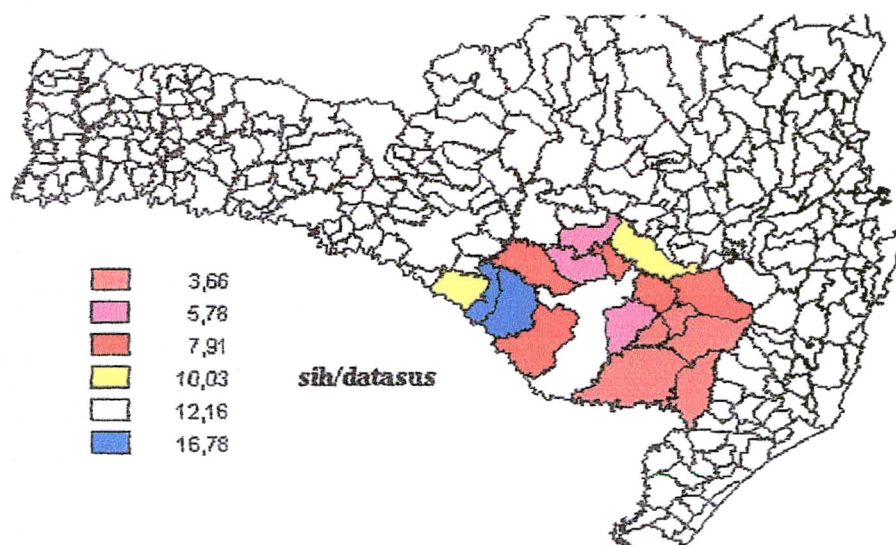
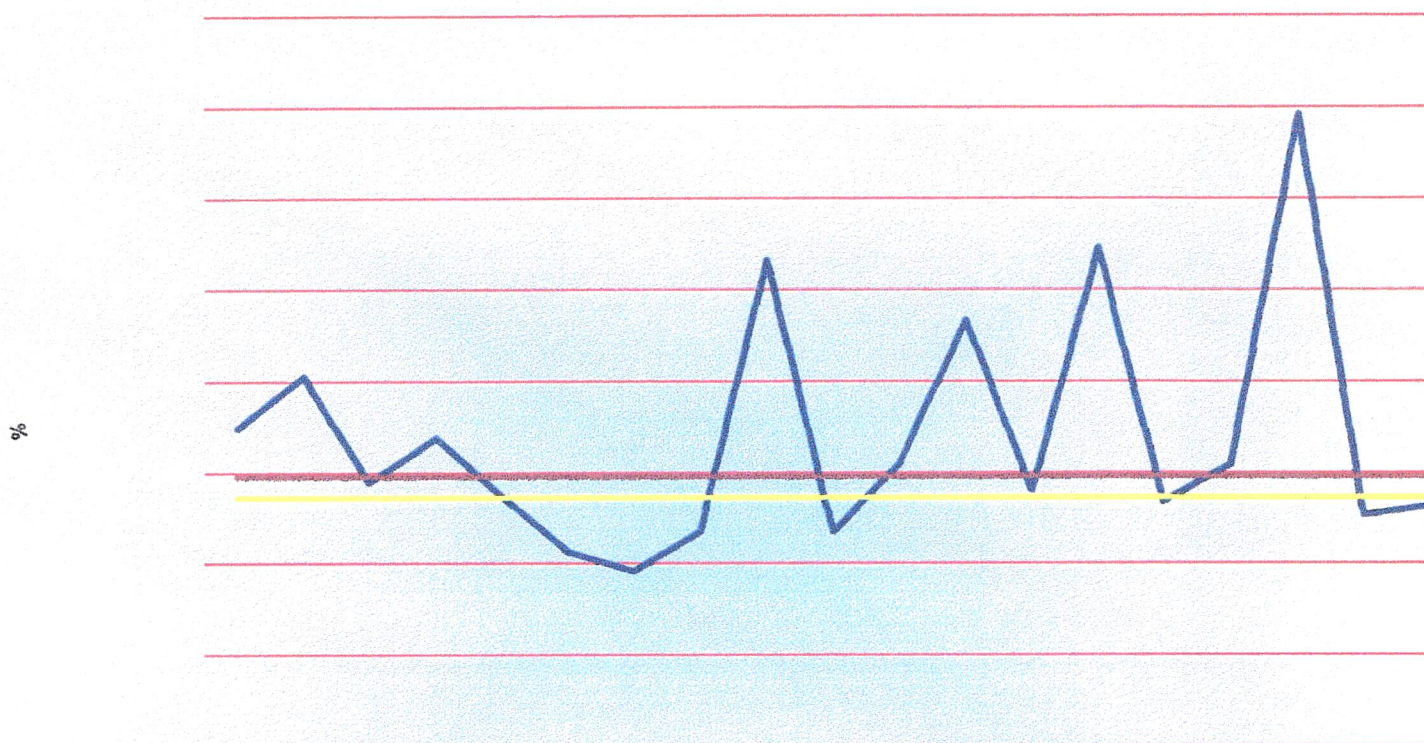


Gráfico 4 - Percentual de internações por doenças do aparelho respiratório - Mun. AMURES/Média AMURES/SC - 1999



	Anita Garibaldi	Bocaina do Sul	Bom Jardim da	Bom Retiro	Campo Belo	Capão Alto	Celso Ramos	Cerro Negro	Correia Pinto	Lages	Otacílio Costa	Painel	Palmira	Ponte Alta	Rio Rufino	São Joaquim	São José do	Urubici	Ur	
Seqüência1	22,46	25,28	19,49	21,92	18,69	15,65	14,58	16,8	31,6	16,76	20,53	28,34	19,05	32,31	18,42	20,45	39,63	17,66	18,	
Seqüência2	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,78	19,
Seqüência3	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,64	18,

município

Os mapas 17 E 18 demonstram que, em 1999, os municípios de Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Anita Garibaldi, Otacílio Costa e Lages, nas cores amarelo, branco e azul, tiveram um percentual de internação por doenças infecto parasitárias bem maior do que a média de Santa Catarina. Por sua vez, a Região Serrana também ficou acima da média do Estado.

As doenças infecto-parasitárias, preponderantemente as diarreias e infecções intestinais, cujos determinantes são reconhecidamente associados à falta de

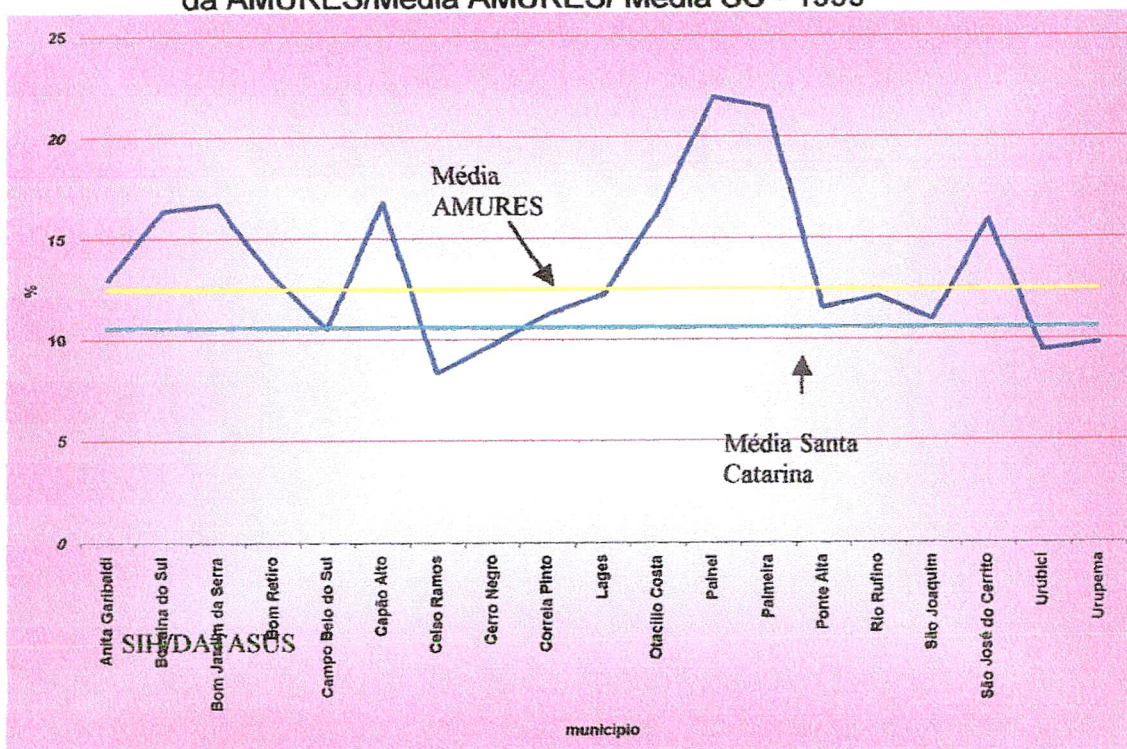
saneamento básico (água tratada e esgoto), tornam-se um problema na Região, dado o percentual de internações por este grupo de causas.

A atuação do setor de Vigilância Sanitária (articulado ou não com outros órgãos), na fiscalização dos alimentos, análise das fontes de água do meio rural, fiscalização e orientação sobre o manuseio dos alimentos, explicitam-se aqui como um problema de saúde, cristalizado na alta internação por infecto parasitárias.

O Gráfico 4 trata do percentual de internações por doenças do aparelho respiratório e evidencia que a maioria dos municípios da Região Serrana apresenta um percentual maior de internações por infecções respiratórias do que a média, seja da própria Região, seja do Estado. Porém, os problemas relacionados a infecções respiratórias não foram citados nos Seminários, o que me faz pensar algo que ainda deva ser aprofundado neste trabalho.

Se uma comunidade (ou município) considera algo como problema, é porque há fundamentos epidemiológicos para que este exista, mas, ao contrário, nem sempre quando algo deixa de ser considerado problema, isto significa que ele não

Gráfico 5 - Percentual de internações de Doenças Circulatórias - Municípios da AMURES/Média AMURES/ Média SC - 1999



exista. Depende dos instrumentos e da prioridade de cada grupo. Os instrumentos epidemiológicos (aqui as internações hospitalares) apenas priorizariam alguns. A participação dos moradores dos locais, priorizaram outros. Espero aprofundar esta questão.

Ainda sobre a questão do que seja um problema de saúde, podemos ver, mais uma vez, que nem sempre os problemas detectados sob o olhar epidemiológico são percebidos como tal pelas pessoas.

A partir da reflexão sobre a leitura dos autores mencionados anteriormente (Castellanos, Heller e Pineault), vemos que a realidade é muito mais rica do qual-quer segmento possa imaginar. É necessário o conhecimento particular de cada segmento (técnico e político) sobre a realidade para que esta possa ser vista com mais profundidade. Quer dizer: nem os técnicos, com seu conhecimento específico, dito científico, sabem da totalidade dos problemas que as pessoas vivem no seu cotidiano, nem as próprias pessoas, sem o auxílio do conhecimento do técnico, conseguem enfrentar os problemas na sua totalidade.

Muitos dos agravos considerados como problemas – entre eles cisticercose, verminose, alcoolismo, não são abarcados pelo sistema oficial de informações. Infelizmente, o serviço público não possui mecanismos nem instrumentos capazes de medir a magnitude ou transcendência de alguns agravos, o que torna a tarefa de conferi-los praticamente impossível. A aproximação que farei destes agravos é baseada nos dados oficiais e, portanto, sujeita aos desvios deles oriundos – dada à baixa cobertura dos mesmos, inexistência de meios confirmatórios de diagnóstico e desvios possíveis nas causas de internação hospitalar e do SINAM – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica³⁶.

A questão é que a maioria dos técnicos enfrenta esse problema diariamente, e que há a necessidade de se trabalhar nesta realidade, pois é nela que vivemos e onde as possibilidades são construídas (ou não).

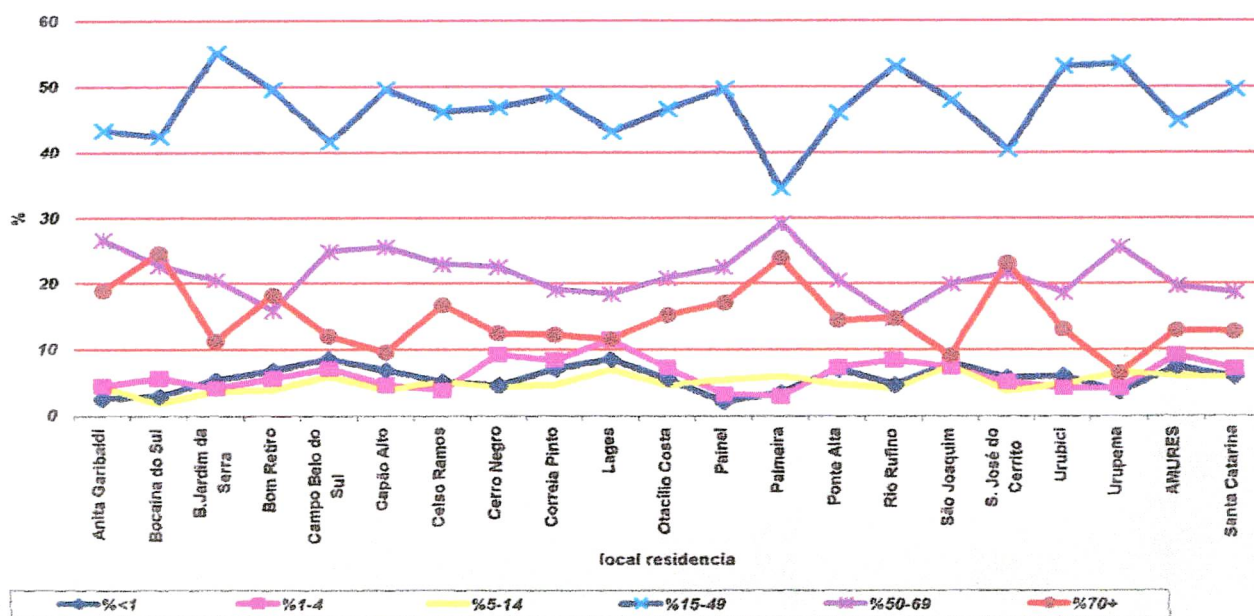
³⁶ Cabe aqui uma ressalva ao sistema de informações vigente nos serviços de saúde. As informações sobre doenças de notificação compulsória são de domínio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/SC, que, como qualquer outro setor desta Secretaria, não são disponibilizados para a maioria das pessoas (sejam estas técnicos do setor ou usuários do serviço). Como vemos, aqui, mais uma vez, cristalizam-se as relações de poder calcadas no conhecimento de informações.

Foram comparadas, inicialmente, as internações Hospitalares dos agravos considerados como problemas nos Seminários de Saúde.

A seguir, verificaremos as causas de internações segundo as faixas etárias, o que muda em muito o quadro geral colocado anteriormente.

O gráfico 6 nos mostra que na Região Serrana, de um modo geral, há mais internações em menores de 14 anos do que em Santa Catarina, especialmente nas crianças até 4 anos residentes em Lages, Correia Pinto, Cerro Negro e Rio Rufino. Este percentual de internações torna-se ainda mais significativo se compararmos com a participação percentual das faixas etárias mais jovens (abaixo de 15 anos) no total da população, que, na Região Serrana é menor do que em Santa Catarina.

Gráfico 6 - Percentual de internações segundo a faixa etária - Municípios AMURES e SC - 1999

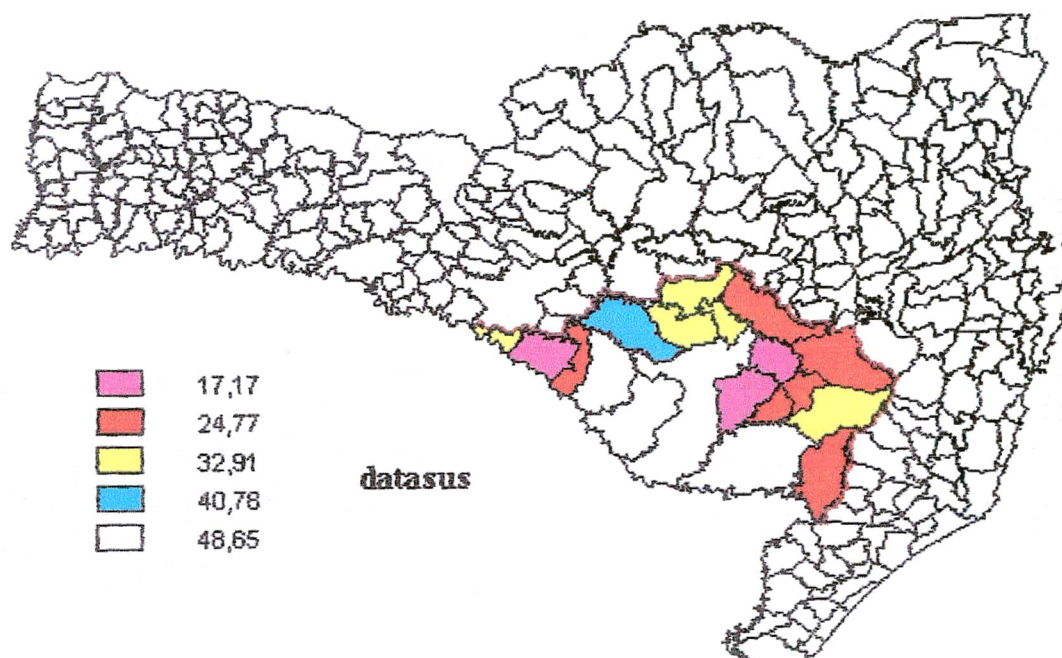


Interessante notar que o maior percentual de internamentos em crianças ocorre nos municípios que acompanham ou se situam acima da média de Santa Catarina para consultas médicas e de AVEIANs, como demonstram os mapas anteriores, ou da relação produção ambulatorial/habitante.

Tal relação nos remete novamente a refletir sobre a desarticulação entre a assistência de saúde e a prevenção sob responsabilidade inclusive de órgãos do setor saúde governamental, uma vez que o aumento da assistência não vem acompanhado de uma efetividade dos serviços preventivos.

A Região do Planalto Serrano, aparentemente, realiza ações desarticuladas entre os diversos serviços de atenção à saúde. Assim é que os Serviços de Vigilância Sanitária apresentam uma pouca efetividade, e o atendimento ambulatorial e as internações hospitalares uma sobrecarga de demanda. Como pela lógica dominante no setor saúde não se investe na prevenção, gasta-se muito no tratamento e cura.

Mapa – 19 Proporção de internamentos em menores de um ano sobre a população de menor de um ano – Municípios da AMURES - 1999

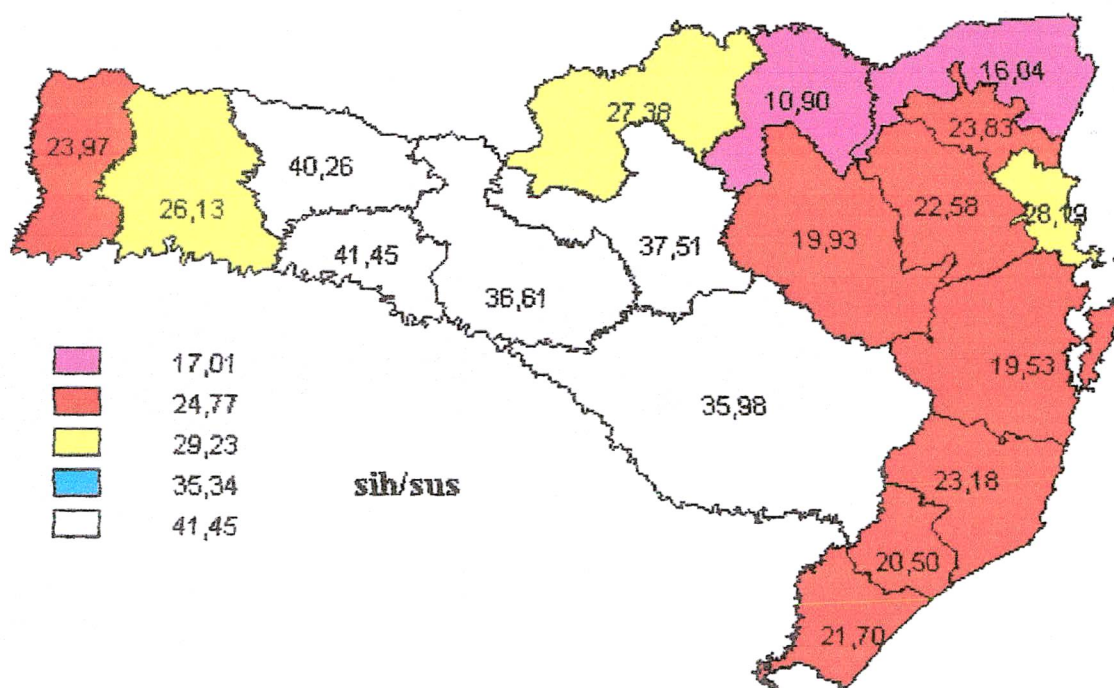


Seguindo os dados demográficos apresentados anteriormente, espera-se um percentual maior de internamentos na Região da AMURES em relação ao Estado, nas pessoas com mais de 50 anos, já que esta faixa etária tem maior peso na Região do que em Santa Catarina.

O mapa 20 mostra o percentual de internações de menores de um ano ocorridas em 1999, em relação ao total de menores de um ano do mesmo ano, segundo a Regional de Saúde de Residência. No mapa 19, fica explícita essa mesma relação nos municípios componentes do Planalto Serrano. Neles percebemos que a Região do Planalto Serrano possuem proporção de internação em menores de um ano bem acima da média do Estado.

Há que investigarmos as causas de internação por faixa etária, para esclarecermos algumas questões sobre o maior percentual de internações nas crianças. Antes, vejamos mais um pouco da proporção de internamentos em menores de um ano.

Mapa 20 – Proporção de internamentos de menores de 1 ano sobre a população desta faixa etária – Regionais de Saúde – SC - 1999



Os mapas 19 e 20 evidenciam a maior proporção de internamentos em menores sobre a população menor de um ano na Regional de Lages. A média de Santa Catarina, neste período, foi de 24,77 internamentos para cada 100 crianças menores de um ano, enquanto que a média da Região ficou em 35,98%. Acompanharam a média do Estado somente os municípios de Bom Jardim da Serra, Urupema, Rio Rufino, Bocaina do Sul, Otacílio Costa e Cerro Negro.

Os municípios de Lages, São Joaquim, Capão Alto e Campo Belo do Sul apresentaram uma média de internação quase duas vezes maior do que a de Santa Catarina.

A grande maioria das internações de menores de um ano ocorridas nos municípios da Região Serrana no ano de 1999 foram devido a infecções intestinais, infecções respiratórias e perinatais (conforme dados do SIH/DATASUS).

E não é exagero afirmar que a maioria dessas poderia ter sido evitada, com saneamento básico, moradia, vacinas (contra a gripe), e assistência pré natal. Isso demonstra que os problemas considerados pelos participantes dos Seminários de Saúde relacionados à inexistência de saneamento básico, falta de profissionais ginecologistas, obstetras e pediatras, explicita uma de suas funestas consequências: a internação de menores de um ano pela inexistência (ou deficiência) desses serviços.

Mais uma vez, no Planalto Serrano as causas principais de internação das crianças entre 1 a 4 anos de idade são as pneumonias e infecções intestinais. Somente essas duas causas representam 70.03% do total das internações dessa idade. Indiscutivelmente, esses são dois problemas graves em menores de 5 anos, conforme mostram os gráficos anteriores, pelo menos se comparados à média de Santa Catarina, cujo percentual de internação por essas duas causas totalizou 45.39% no ano de 1999.

Em contrapartida, Santa Catarina apresentou outras causas de internação com maior participação, como lesões e envenenamentos, asma, epilepsia, distúrbios metabólicos. Não que estes não ocorram no Planalto Serrano. Apenas o número de internações por pneumonias e infecções intestinais é mais elevado.

A faixa etária entre 5 e 14 anos compreende predominantemente o escolar, cuja vida possui características próprias a essa fase da vida. Aqui as causas de internação hospitalar já diversificam mais. É significativa a participação das infecções intestinais e pneumonias. Porém, aparecem de forma tão preocupante quanto essas duas causas, as lesões e envenenamentos e os partos. Apesar de diminuir as internações por infecções intestinais e pneumonias no Planalto, a sua média ainda é superior àquela encontrada no Estado. Excedem à média de Santa Catarina também as internações por parto, o que vem mais uma vez confirmar o problema da gravidez na adolescência levantado nos Seminários de Saúde.

Nos agravos de internação das pessoas entre 15 e 49 anos, foram retirados os partos, que totalizam 4.620 internações no Planalto Serrano e 74.271 em Santa Catarina, no ano de 1999, representando respectivamente 40,63% e 36,82% do total das internações ocorridas nessa idade.

A surpresa fica por conta do alto percentual de internações por parto, superior à média do Estado.

Despontam nessa idade as lesões e envenenamentos, aqueles internamentos ocorridos pela violência, os transtornos mentais, que na sua maioria estão associados ao abuso de álcool e/ou drogas, as doenças renais e as hipertensivas. Em Santa Catarina, as infecções intestinais representaram menos de 1% do total de internações ocorridas nesta idade. Mas, também a média do Estado supera a do Planalto Serrano em complicações da gravidez e abortos. Do mesmo modo as internações causadas por pneumonia e asma.

A faixa etária entre 50 e 64 anos é caracterizada pelo período intermediário entre a idade (re)produtiva e a terceira idade. Na primeira, os agravos são característicos da participação na produção e reprodução da vida, na qual predominam o parto, os abusos de álcool e droga e a violência. Na última são os problemas crônico degenerativos predominam sobre os demais.

Nesta idade, aumenta o número de problemas que levam à internação. As doenças crônico degenerativas, especialmente as cérebro-vasculares despontam

como causa importante. Também as doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas aparecem significativamente.

Em Santa Catarina, o número de agravos como causas de internações nessa idade é bem superior ao número verificado no Planalto Serrano. Interessante notar que enquanto no Estado a segunda causa de internação nessa idade em 1999, foi doença cardíaca, no Planalto Serrano foi a DPOC e enfisema pulmonar.

Na faixa etária que compreende pessoas com mais de 65 anos predominam as internações por doenças crônico degenerativas, especialmente aquelas vasculares e obstrutivas. Novamente, poucas causas têm uma participação percentual na internação da faixa etária, como o caso das doenças cardíacas e o enfisema. No nosso Estado, as três primeiras causas de internação hospitalar de 1999 correspondem a mais de 40% do total das internações dessa idade.

Retomam no Estado, com alguma importância, as infecciosas intestinais e as pneumonias. Esta última justificou recente campanha do governo federal prevendo a vacinação de pessoas mais velhas de 60 anos. Mas, inegavelmente, os problemas cárdio - vasculares e de neoplasias são os grande responsáveis pelas internações nesta faixa etária, seja no Planalto Serrano, seja no Estado de Santa Catarina.

A seguir, verificarei o percentual de internações de 1999 por faixa etária, agrupando algumas causas, segundo serviços oferecidos pelo setor público. Penso que, com isso, poderemos refletir, por um lado, sobre a cobertura dos serviços públicos, especialmente os de saúde da Região Serrana e por outro, verificar novamente se os problemas listados nos Seminários conferem com uma averiguação epidemiológica.

c) Saneamento básico

Neste item foram agrupados os diagnósticos de internações relacionados à transmissão por agentes infecciosos via água/esgoto ou alimentos contaminados, cuja prevenção é de responsabilidade do setor público, seja ao prover a cobertura

de saneamento básico, a coleta de lixo, a fiscalização de alimentos comercializados ou a realização de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

O Quadro 32 evidencia que a Região Serrana tem mais internações hospitalares diretamente relacionadas com a falta de ações de vigilância sanitária de controle da qualidade de água, alimentos comercializados, abastecimento de água e esgoto e coleta de lixo, do que o Estado de Santa Catarina. E isso acomete mais aos jovens, onde o Planalto Serrano apresenta até 3 vezes o percentual do Estado.

Quadro 32- Internações hospitalares por baixa cobertura de ações de saneamento básico segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	17.76	4.88
1 a 4 anos	26.19	7.60
5 a 14 anos	13.14	5.80
15 a 49 anos	0.95	1.63
50 a 64 anos	0.68	1.04
> 65 anos	0.35	0.80
Total das idades	5.09	2.36

Fonte: SIH/DATASUS

Extrapolando o quadro acima e relacionando-o com o percentual de internações segundo habitante (Gráficos e mapas anteriores), podemos pensar que o serviço público do Planalto Serrano gasta muito mais em internações por causas preveníveis por ações básicas de saúde do que o restante do Estado.

d) Doenças Imunopreveníveis

O agrupamento das doenças imunopreveníveis compreendeu os diagnósticos de internação compreendidos pelos agravos ocasionados pela baixa cobertura das vacinas oferecidas pelo setor público, incluídas as contra Hepatite B e gripe.

Interessante notar que se repete a relação das faixas etárias ocorrida nas internações por baixa cobertura de saneamento básico, ou seja, há maior percentual de internamentos por baixa cobertura de vacinação nos mais jovens, menores de 15 anos no Planalto Serrano do que em Santa Catarina. Em compensação, essa relação inverte-se nas idades maiores de 15 anos. Começa a desenhar-se superficialmente as conseqüências da inexistência ou precariedade de ações sob responsabilidade do serviço público (independente do órgão governamental responsável) sobre o processo saúde doença da juventude da Região Serrana.

Quadro 33 - Internações hospitalares por baixa cobertura de imunização segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.27	0.09
1 a 4 anos	0.04	0.03
5 a 14 anos	0.07	0.02
15 a 49 anos	0.01	0.02
50 a 64 anos	0.00	0.02
> 65 anos	0.00	0.98
Total das idades	0.03	0.03

Fonte: SIH/DATASUS

e) Assistência Pré, Trans e Pós Natal

Foram computados aqui todos os diagnósticos de internação, independente da faixa etária em que ocorressem, se maternas ou fetais, relacionadas diretamente com a qualidade da assistência pré natal, considerados o número de consultas pré-natais, os exames complementares diagnósticos necessários (incluindo ultrassonografia obstétrica), a assistência durante o parto, puerperal e ao recém nato.

Aqui, diferente dos agrupamentos anteriores, a Região Serrana apresenta uma menor participação de internação hospitalar naquelas causas decorrentes da qualidade da assistência pré, trans e pós natal.

Esses dados deverão ser cruzados com os óbitos, o que tornará possível uma reflexão mais profunda acerca desses internamentos, já que na investigação das causas de morte poderemos detectar aquelas relacionadas à assistência à mãe e ao recém nascido.

Quadro 34 - Internações hospitalares por agravos relacionados à assistência pré, trans e pós natal segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.85	1.26
1 a 4 anos	0.00	0.00
5 a 14 anos	0.00	0.06
15 a 49 anos	0.24	0.59
50 a 64 anos	0.00	0.01
> 65 anos	0.00	0.10
Total das idades	0.14	0.42

Fonte: SIH/DATASUS

f) Neoplasias preveníveis

Foram agrupados aqui os diagnósticos de internamento por neoplasias para os quais o serviço público de saúde tem programas específicos de prevenção, ou seja, as neoplasias de mama, de colo de útero e de próstata.

Parece que, em Santa Catarina, há mais participação percentual de internamentos por neoplasias preveníveis com programas implantados pelo serviço público de saúde do que no Planalto Serrano, o que pode significar tanto uma melhor qualidade desses serviços na Região Serrana, comparativamente a Santa Catarina, quanto uma pior qualidade no registro de internamentos daquela Região, ou, ainda, a busca de tratamento em centros maiores. Esses dados serão mais aprofundados na análise da mortalidade.

Interessante notar que, nos Seminários de Saúde realizados, as neoplasias não foram consideradas como problema, o que indica um desconhecimento das comunidades acerca de seu processo saúde doença relacionado as políticas públicas, pois o câncer, para eles, não está associado a saneamento, uso de agrotóxicos, poluição ambiental ou outros.

g) Fome

Esse agrupamento é composto dos diagnósticos de internação relacionados com os agravos carenciais, seja de vitaminas, ferro ou proteínas. No agrupamento que intitulei de fome, já que seus internamentos são, na sua totalidade carências alimentares, a situação das faixas etárias se inverte quando comparadas aos agravos relacionados com saneamento básico, pois, aqui, a Região Serrana apresenta um percentual maior de internamentos nas idades acima de 5 anos.

Tal relação pode ser pensada pelo alto número de trabalhos realizados no Planalto Serrano pelas entidades governamentais e não governamentais junto à criança desnutrida. Esses trabalhos são efetuados desde meados de 1990, tendo como entidades responsáveis a Cáritas Diocesana (sede Lages), as Pastorais da

Saúde e da Criança, o PSF (Programa de Saúde da Família e outros trabalhos das Prefeituras Locais.

Quadro 35 - Internações hospitalares por neoplasias preveníveis segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.00	0.00
1 a 4 anos	0.00	0.00
5 a 14 anos	0.07	0.00
15 a 49 anos	1.30	1.47
50 a 64 anos	1.08	1.53
> 65 anos	0.35	0.60
Total das idades	0.74	0.98

Fonte: SIH/DATASUS

Quadro 36 - Internações hospitalares por agravos carenciais segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.96	1.02
1 a 4 anos	0.56	0.83
5 a 14 anos	0.54	0.33
15 a 49 anos	0.49	0.22
50 a 64 anos	0.46	0.26
> 65 anos	0.46	0.40
Total das idades	0.53	0.37

Fonte: SIH/DATASUS

A REBIDIA (Rede de Documentação e Informação sobre a Criança e o Adolescente) disponibiliza via internet essas informações, mostrando o número de domicílios dos municípios com crianças acompanhadas por serviços governamentais ou não cujo objetivo é o de diminuir o número de crianças desnutridas.

h) Intoxicação por agrotóxicos

Este agrupamento constou dos diagnósticos de internações relacionados ao contato acidental ou não com produtos químicos componentes de agrotóxicos.

Temos como objetivo checar dois problemas colocados nos Seminários de Saúde, o mau uso de agrotóxicos (este visto indiretamente) e o número de intoxicações por eles causadas.

Tendo a Região Serrana uma economia predominantemente agro-pecuária, é de se esperar que o contato com organofosforados, ou outros produtos, seja algo quotidianamente realizado por grande parte de seus moradores. No caso de haver mau uso, uma das conseqüências diretas é o aumento do número de casos de intoxicação (além, é claro, da poluição ambiental), sem falar nas discrasias sangüíneas e outras doenças degenerativas.

Nos Seminários de Saúde, foram muitos os municípios que listaram o problema do mau uso de agrotóxicos. No entanto, o problema "intoxicação por agrotóxicos" foi citado somente no município de Rio Rufino.

A questão é que a verificação dessas intoxicações é perpassada pela falta de conhecimento médico sobre suas conseqüências orgânicas, mesmo haja acesso às estatísticas.

É notório o maior percentual de internações por agro intoxicações da Região Serrana, quando comparado à média de Santa Catarina, excetuando-se a faixa etária de menores de um ano. Este percentual pode representar, ao menos parcialmente, a realidade de maior ocorrência deste agravo no Planalto Serrano, ou, indicar uma falta de diagnóstico deste agravo nas outras Regiões de Santa Catarina. A princípio opto pela primeira alternativa.

Quadro 37 - Internações hospitalares por intoxicação por agrotóxicos segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.00	0.02
1 a 4 anos	0.13	0.11
5 a 14 anos	0.13	0.09
15 a 49 anos	0.21	0.12
50 a 64 anos	0.08	0.04
> 65 anos	0.00	0.02
Total das idades	0.11	0.08

Fonte: SIH/DATASUS

O interessante é que o agravo "intoxicação por agrotóxicos" foi recentemente instituído como de notificação compulsória, sem, no entanto, desdobrar-se em ações de controle local por parte da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e outros órgãos governamentais.

Esse problema sempre foi colocado nas reuniões de trabalho com os monitores e os representantes dos Sindicatos de Trabalhadores Rurais do Projeto de Análise da Situação de Saúde. As notificações eram feitas, sem, no entanto, haver a devida fiscalização e auxílio de órgãos governamentais na lavoura ou a discussão com o agricultor para a efetivação de alternativas para o manejo de agrotóxicos.

i) Hipertensão

Esse foi outro problema citado nos Seminários, e o seu agrupamento foi feito com base nos diagnósticos de internação que contemplassem problemas diretamente oriundos da "pressão alta".

Quadro 38 - Internações hospitalares por hipertensão segundo a faixa etária – Região Serrana e Estado – SC – 1999

Faixa etária	% internações sobre a faixa etária	
	Planalto Serrano	Santa Catarina
Menor de um ano	0.00	0.00
1 a 4 anos	0.00	0.00
5 a 14 anos	0.00	0.05
15 a 49 anos	1.06	0.85
50 a 64 anos	3.52	3.04
> 65 anos	2.39	2.50
Total das idades	1.47	1.35

Fonte: SIH/DATASUS

As faixas etárias (re)produtiva e intermediária da Região Serrana apresentaram, em 1999, maior percentual de internações por hipertensão, comparativamente a Santa Catarina. No entanto, acima de 65 anos, esta situação inverte-se e o Estado passa a apresentar um maior percentual. Penso que a cultura predominante na Região Serrana, com a ingestão excessiva de gordura animal pode explicar, em parte, esse maior percentual nas faixas etárias entre 15 e 64 anos.

Outra hipótese a ser averiguada é a qualidade dos serviços ambulatoriais, que, em Santa Catarina, possibilitariam a seus habitantes o tratamento da hipertensão antes do seu agravamento e necessidade de internação.

O maior aprofundamento da análise destas internações e o seu cruzamento com outras é o que possibilitará um maior conhecimento e atuação na realidade local.

Nesta tese, cabe-me a tarefa de refletir sobre a metodologia de participação popular na detecção, priorização e resolução dos problemas levantados, e não aprofundar em demasiado os determinantes do processo saúde doença da Região Serrana. Este é o motivo principal pelo qual os internamentos (suas causas, seus custos e conseqüências) não foram investigados mais profundamente, embora se constituam em elementos do contexto de saúde que não podem ser ignorados, se desejamos produzir ações mais coladas à realidade.

j) Agravos de notificação compulsória

Os agravos de notificação compulsória que compõem o Sistema Nacional de Doenças de Notificação Compulsória – SNDNC – são aqueles “ que podem colocar em risco a saúde das coletividades e, tradicionalmente, vêm-se restringindo às doenças transmissíveis” (Teixeira, 1998, p.03). A portaria 4.052 GM/MS de 23/12/99 definiu as seguintes como doenças de notificação compulsória no Brasil: cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de chagas, doença meningocócica, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites virais, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, leptospirose, malária, meningites, poliomielite, raiva humana, rubéola, sarampo, sífilis congênita, doenças sexualmente transmissíveis, aids, tétano, tuberculose. Os acidentes por animais peçonhentos, doenças diarréicas, desnutrição, intoxicações por agrotóxicos e cisticercose e outros agravos que forem considerados importantes em cada Estado, microrregião ou município deverão compor o Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (FUNASA – Fundação Nacional da Saúde).

O quadro a seguir consta da incidência por 100.000 habitantes de alguns agravos de notificação compulsória da Região do Planalto Serrano, ocorridos entre a Semana 1 e a 36 de 1999³⁷. Foram retirados do mesmo os atendimentos anti-rábicos, que são aqueles prestados à pessoas com mordedura suspeita. Esses

³⁷ Estes são os dados mais recentes contidos na Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

atendimentos não importam para nós, na medida em que não ocorre nenhum caso de raiva animal em Santa Catarina, desde o ano de 1995.

Quadro 39 – Incidência de casos notificados por 100.000 habitantes de agravos de notificação compulsória segundo o município do Planalto Serrano – Semanas 1 a 36 – 1999

Município	1	2	3	4	5	6	7*	8	9	10	11
Anita Garibaldi	30,4	141,8	20,3	334,3			4				
Bocaina do Sul							2	138,5	138,5		
Bom Retiro	58,89		14,72	29,75	14,72	29,45				29,45	
Campo Belo do Sul	26,01						2				
Celso Ramos	29,5		88,5	29,5							
Cerro Negro											96,88
Correia Pinto	12,94		8,63	297,6			2				12,94
Lages	3,56	2,37	3,56	150,6		7,71	23			1,19	32,03
Otacílio Costa			6,78	20,33			8			6,78	27,11
Ponte Alta	21,6			64,81							
Rio Rufino			228,4					57,11			57,11
São Joaquim	13,05			13,05							
São J. do Cerrito	57,36										
Urupema	38,27			38,27			1				

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica – SES/SC

* - Número absoluto

Legenda:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Acidente com animais peçonhentos | 2. Diarréia |
| 3. Doenças exantemáticas | 4. Hepatite Viral |
| 5. Gonorréia | 6. Sífilis não especificada |
| 7. Varicela* | 8. Intoxicação por agrotóxicos |
| 9. Intoxicação alimentar | 10. Cisticercose |
| 11. Meningite | |

A falta de acesso a dados recentes e completos só permite algumas tentativas de análise, sem nenhuma comprovação empírica.

O primeiro fato que chama atenção é o da notificação por acidentes com animais peçonhentos, que nenhum município citou nos Seminários e que seria perfeitamente justificável pela economia predominantemente agrária.

Quanto aos agravos hepatites virais, diarreia, intoxicação alimentar e cisticercose é esperada uma incidência elevada, para os quais os participantes dos Seminários apontaram uma relação com a má qualidade da Vigilância Sanitária e das ações de saneamento básico. A cisticercose ocorre onde há o abate clandestino de suínos, sem inspeção e controle sanitário. A diarreia, é responsável por uma elevada proporção de óbitos em menores de 5 anos, e sua maior prevalência se registra nas áreas carentes de saneamento e onde há maior concentração de populações de reduzida condição sócio-econômica (FUNASA, Guia de Vigilância Epidemiológica). Das hepatites virais (A,B,C,D,E) a A e E são de transmissão feecal-oral, e são responsáveis pela maioria das hepatites notificadas na Região.

O agravo intoxicação por agrotóxicos intriga-me. O Brasil encontra-se entre um dos maiores consumidores de produtos praguicidas (agrotóxicos) do mundo, tanto aqueles de uso agrícola como os domésticos (domissanitários) e os utilizados em Campanhas de Saúde Pública, perfazendo um total comercializado de aproximadamente US\$ 1.600.000.000 (Um bilhão e seiscentos milhões de dólares), o que representa 7% (sete por cento) do consumo mundial para o ano de 1995, segundo dados da Secretaria de Política Agrícola do Ministério da Agricultura e Abastecimento.

Dada a falta de controle no uso destas substâncias químicas tóxicas e o desconhecimento da população em geral sobre os riscos e perigos à saúde daí decorrentes, estima-se que as taxas de intoxicações humanas no país sejam altas. Deve-se levar em conta que, segundo a Organização Mundial da Saúde para cada caso notificado de intoxicação ter-se-ia 50 outros não notificados (Guia de Vigilância Epidemiológica on line - <http://www.fns.gov.br/pub/GVE/GVE0515A.htm>).

Acresçamos a isso as internações por intoxicação por agrotóxicos (Quadro 35) de 1999, e o reconhecimento, em praticamente todos os Seminários de Saúde, acerca do mau uso dos agrotóxicos, e chegaremos à conclusão de que não

conhecemos a gravidade das conseqüências dos agrotóxicos, nem na Região Serrana, e muito menos no Estado de Santa Catarina.

Por outro lado, a orientação e fiscalização para o uso adequado dos agrotóxicos é de responsabilidade de organismos governamentais, o que parece não acontecer na sua plenitude, nem no Planalto Serrano, nem em Santa Catarina (para não extrapolar para o nível federal).

I) Mortalidade

As informações sobre as causas de óbitos são consideradas mais seguras do que as internações hospitalares, haja visto que a morte é uma ocorrência radical, sem a possibilidade de retorno, envolvendo todo grupo social e sendo mais considerada.

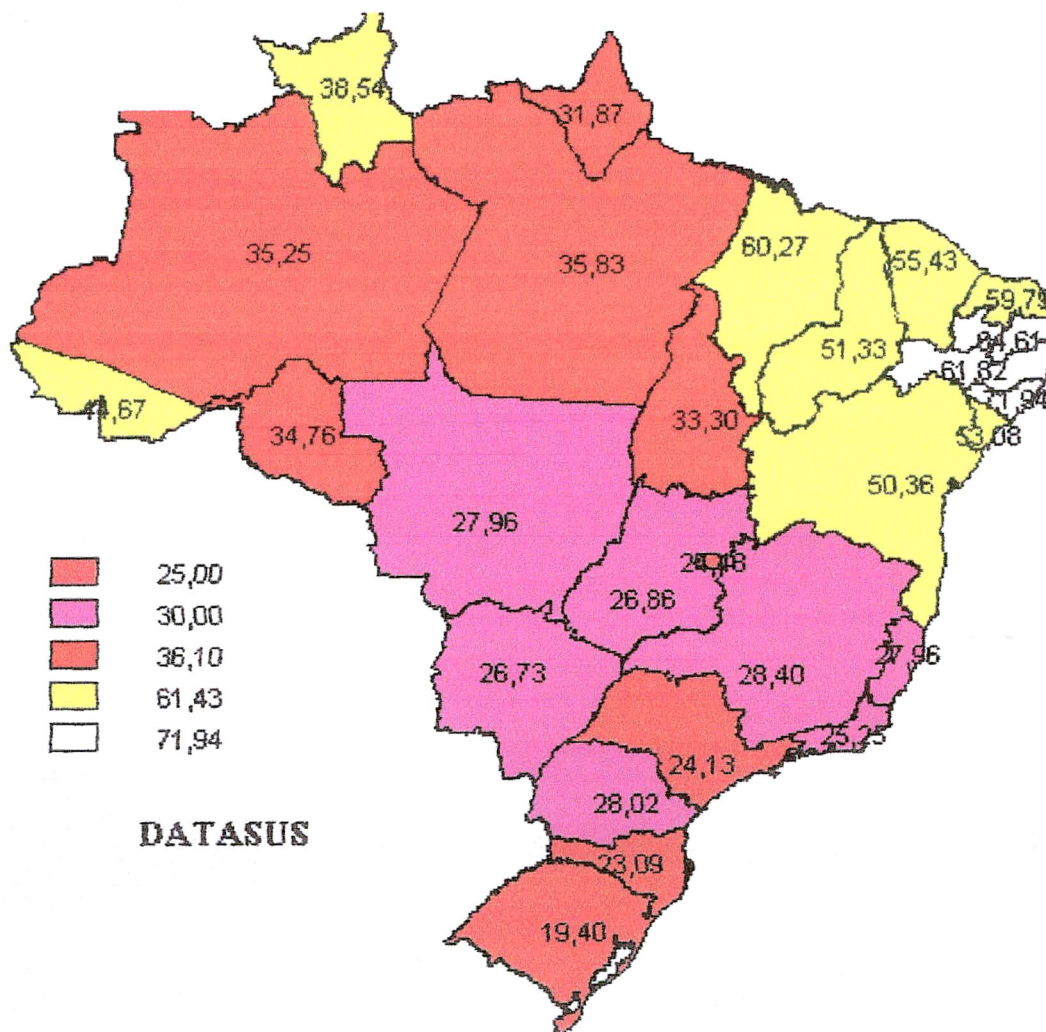
Nesta tese, para analisar os óbitos ocorridos no Planalto Serrano vou utilizar o Coeficiente de Mortalidade Infantil e o Coeficiente Proporcional de Causa de morte por idade. O primeiro é reconhecidamente um dos melhores coeficientes de mortalidade, capaz de sugerir as condições de vida de uma população. Já o segundo nos mostrará quais são as principais causas de óbito em cada idade, o que servirá, neste trabalho, para averiguarmos mais um pouco sobre os problemas levantados nos Seminários.

Para refletir sobre a Mortalidade Infantil, usarei as estimativas divulgadas pelo DATASUS, apesar das mesmas não apresentarem o mesmo coeficiente calculado pela Secretaria de Estado da Saúde. Esta opção reside no fato de que através dessas estimativas poderei comparar a Mortalidade Infantil dos municípios da Região Serrana, Estado de Santa Catarina e Brasil, o que não seria possível com a utilização de dados próprios, pelo menos a partir da mesma base de dados, fato que provocaria um viés na análise.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é uma medida baseada no número de óbitos em menores de um ano sobre a população de Nascidos Vivos daquele mesmo ano. Como no primeiro ano de vida as pessoas estão mais vulneráveis às

agruras do meio (ou condições de vida), adoecendo e morrendo mais do que as outras idades devido a causas sociais e econômicas, este é um coeficiente usado para inferir condições de vida. Quanto maior o coeficiente, piores as condições de vida gerais da população.

Mapa 21 - Coeficiente de Mortalidade Infantil – 1.000 NV nos Estados Brasileiros - 1998



Mapa 22 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (1.000 NV) Santa Catarina - 1998

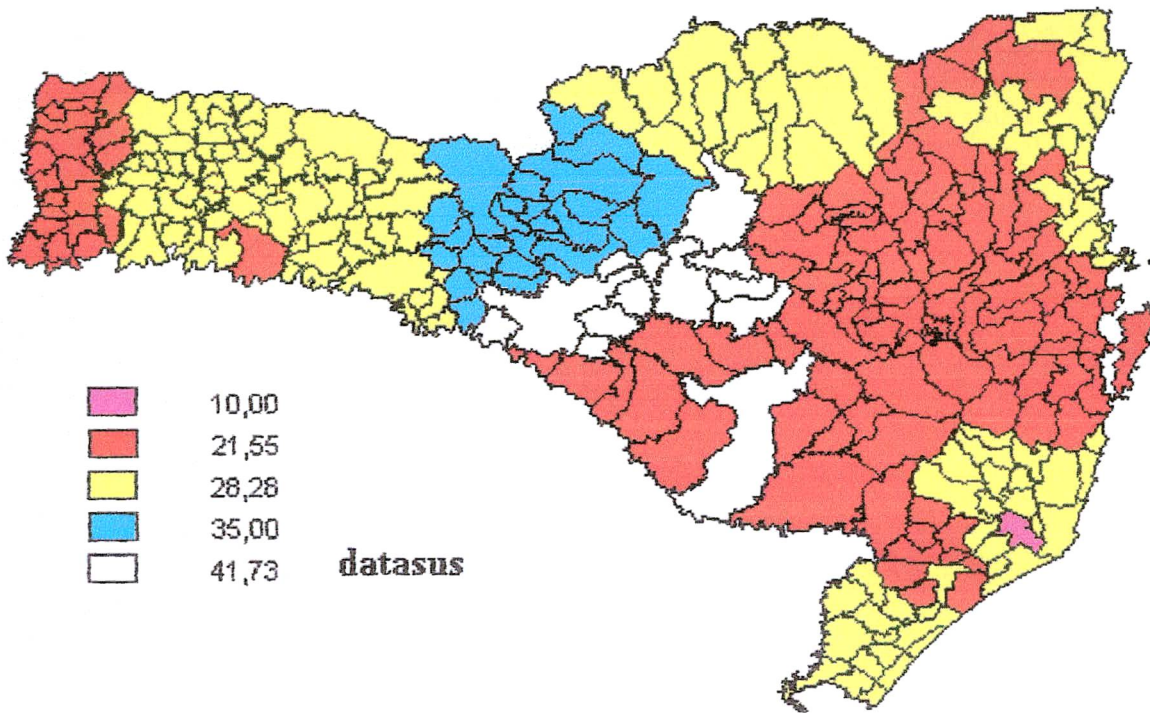
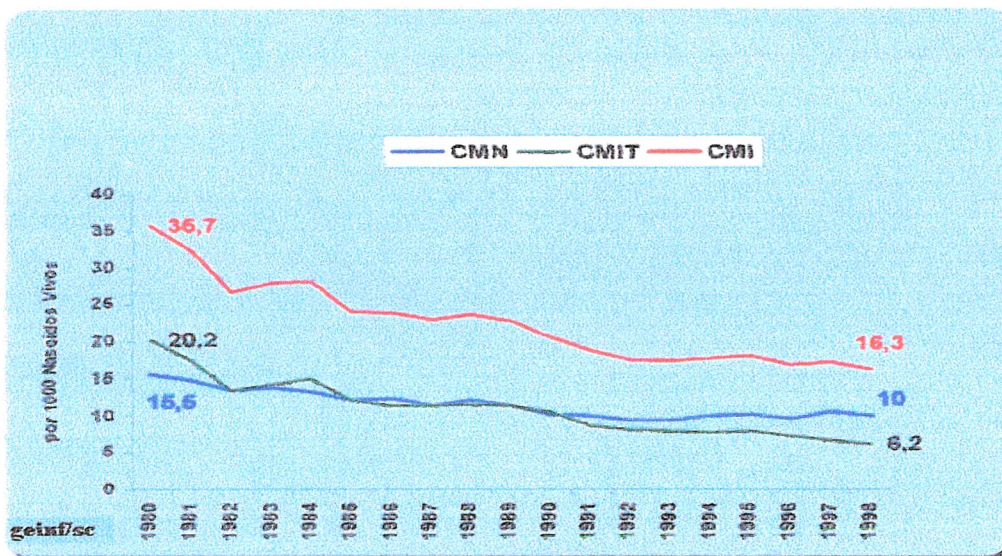
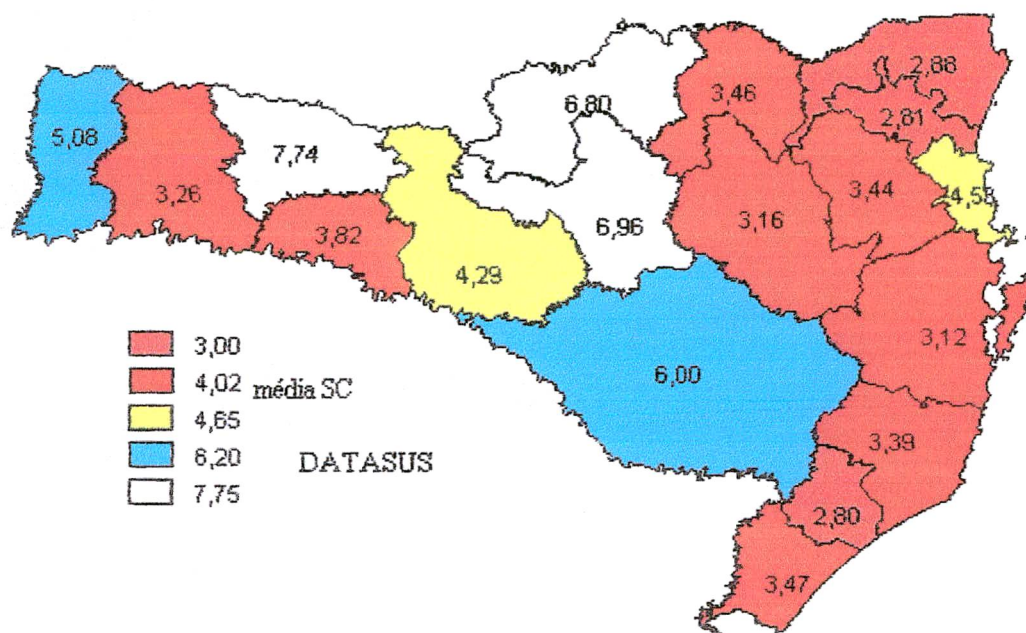


Gráfico 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal e Infantil Tardia, Santa Catarina, 1980-98



Os mapas 21 e 22 mostram que Santa Catarina é, segundo dados do DATASUS, o segundo Estado Brasileiro com menor Mortalidade Infantil, sendo precedido somente pelo Rio Grande do Sul. Se compararmos com o CMI do restante do país, poderemos ter a falsa idéia de sermos um estado onde as condições de vida são muito boas.

Mapa 23 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por infecto parasitárias, segundo a Regional de Saúde – Santa Catarina, 1998

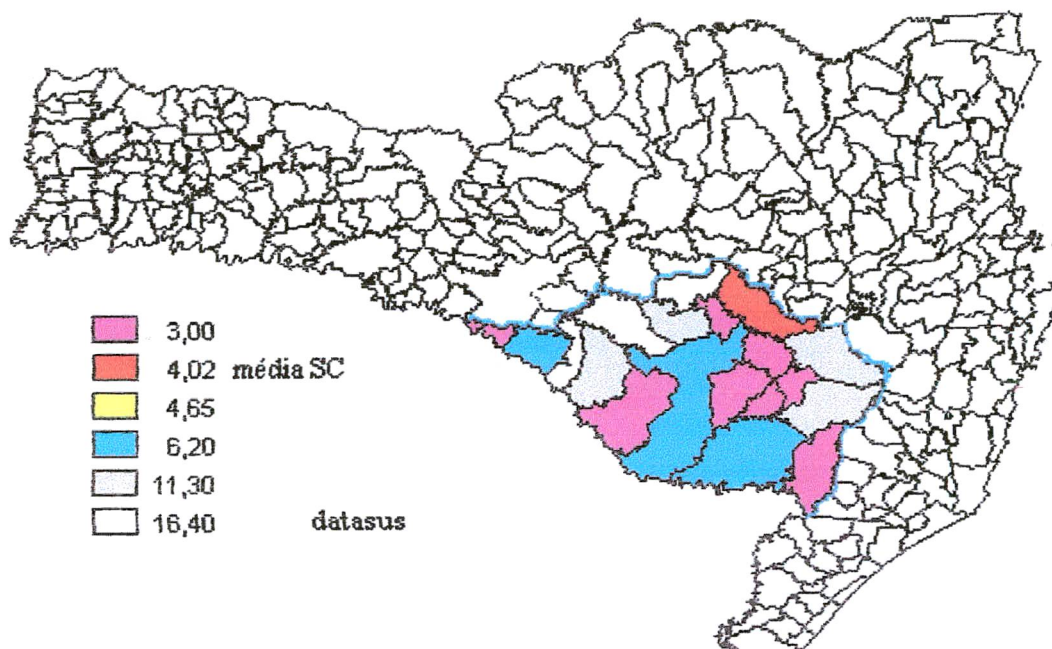


As questões acerca desse tema que considero importantes são: em sendo o CMI calculado sobre a média, há que procurarmos aqueles locais que puxam a média para baixo; o CMI de países desenvolvidos (incluindo Cuba que não se situa nesta classificação) configuram-se, atualmente no patamar de menos de 10 óbitos por cada 1.000 Nascidos Vivos.

Mais importante do que a comparação do CMI de Santa Catarina com aquele do país, é a verificação de sua tendência.

Interessa registrar a tendência de queda explicitada desde a década de 1980, sendo uma realidade comum a todos os municípios catarinenses e à média brasileira, independente do valor numérico do CMI.

Mapa 24 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por infecto parasitárias – Municípios da AMURES - 1998



O mapa 22, com o CMI de Santa Catarina mostra também que o Planalto Serrano apresentou, em 1998, um CMI acima da média brasileira, o que pode significar piores condições de vida nesta Região, comparativamente ao restante do Estado e muitos locais do Brasil.

De fato, se cruzarmos os quadros 26 e 27, que atestam o percentual de internações de cada faixa etária, segundo a baixa cobertura de ações de saneamento básico e imunização, vislumbramos algumas causas do elevado CMI do Planalto Serrano. Não que essas sejam causas diretas, ou ainda, que possamos afirmar categoricamente que a baixa cobertura de alguns serviços leva ao aumento do CMI, pelo menos nessa Região. Mas que é algo para refletirmos, não tenho a menor dúvida. Ainda mais que um problema colocado em muitos seminários diz respeito à precariedade das ações da Vigilância Sanitária desenvolvidas na Regi-

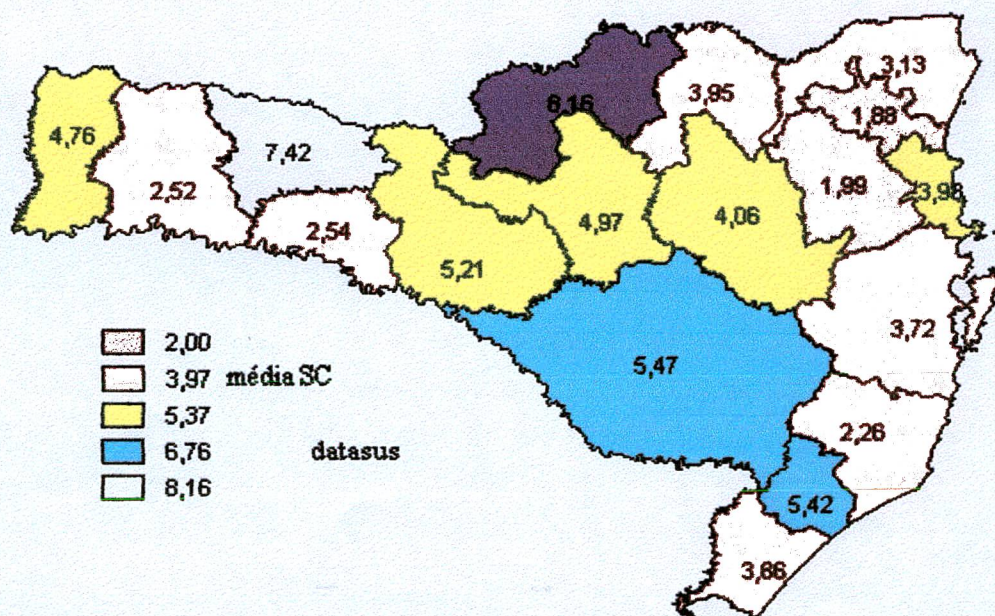
ão. Todos os municípios da Região Serrana seguem a tendência de diminuição do Mortalidade Infantil, mesmo aqueles com o CMI mais elevado. Interessante notar que apenas o município de Lages e Ponte Alta apresentam um CMI maior do que aquele verificado em Santa Catarina. Vejamos agora o CMI pelas causas infecto parasitárias e respiratórias.

No ano de 1998, segundo as estimativas do DATASUS, o Coeficiente de Mortalidade Infantil da Região Serrana ficou acima daquele verificado no Estado.

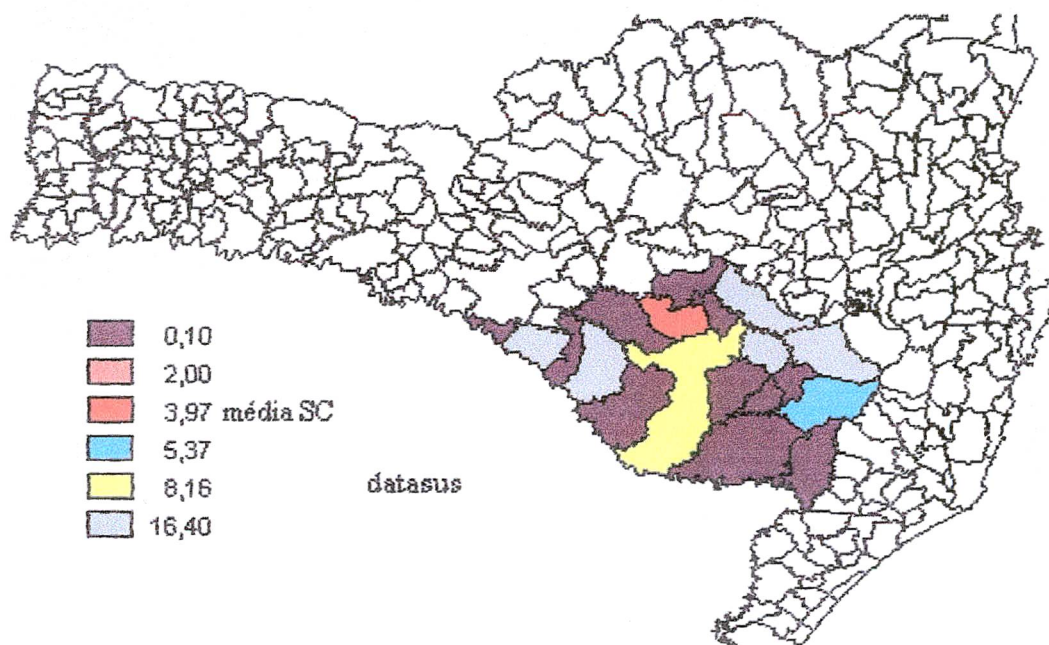
Mais grave é a situação nos municípios de Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Rio Rufino e Urubici. Lembremos dos problemas relacionados a saneamento básico e ações de Vigilância Sanitária, aqui mostrando uma de suas conseqüências na mortalidade infantil.

Também o CMI por causas respiratórias do Planalto Serrano situa-se acima da média de Santa Catarina. Somente o município de Correia Pinto conserva-se em nível semelhante àquele observado no Estado. Estes indicadores vão reforçando os problemas citados nos Seminários de Saúde relacionados aos agravos e à assistência correspondente. Assim ocorre também com as Infecções respiratórias, que aqui se manifestam nos óbitos de menores de um ano.

Mapa 25 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por doenças respiratórias – Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1998



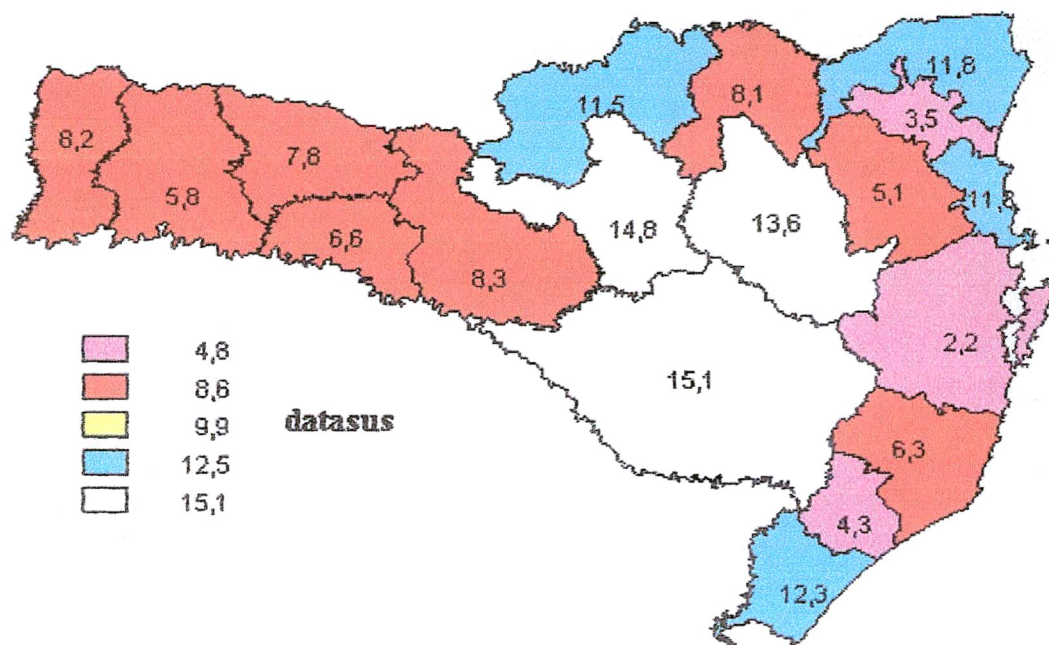
Mapa 26 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por doenças respiratórias, Municípios do Planalto Serrano, Santa Catarina, 1998



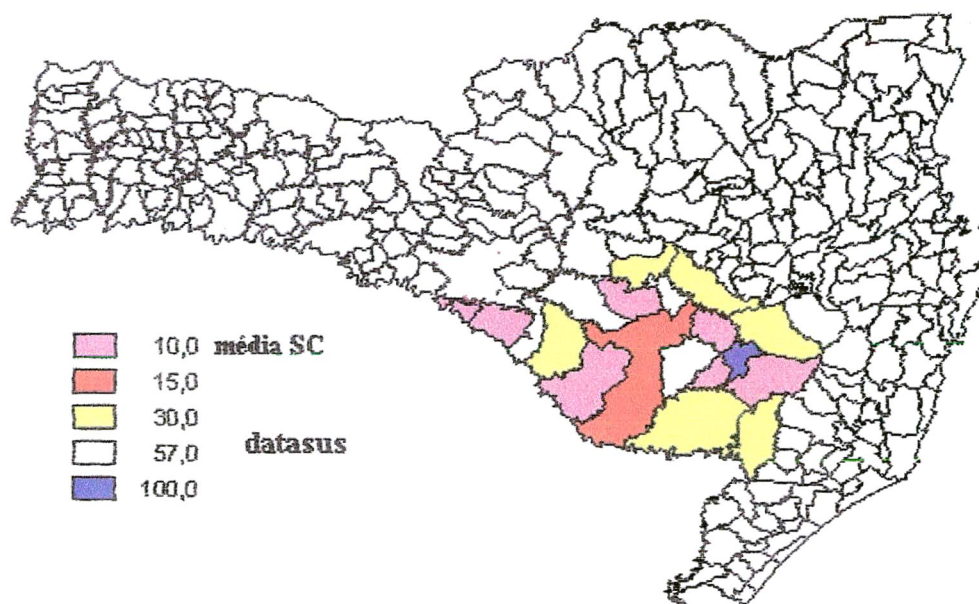
Falta, sobre os menores de um ano, vemos os óbitos por causas mal definidas, que estão, na sua grande maioria, relacionados à qualidade da assistência. O óbito por causa mal definida deve praticamente aproximar-se de 0, pois sua análise remete sempre ou à falta de acesso aos serviços de saúde ou ao preenchimento errado dos atestados de óbito, ou ainda à falta de um Serviço de Verificação de óbitos.

Mais uma vez, os indicadores situam o Planalto Serrano em condições piores àquelas verificadas no Estado, que tem o triste título de Regional de Saúde com o maior percentual de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas. Internamente, a situação é mais grave em Bom Retiro, Otacílio Costa, Ponte Alta, Bom Jardim da Serra, São Joaquim e Cerro Negro.

Mapa 27 – Percentual de óbitos por mal definidas sobre o total de óbitos em menores de um ano – Regionais de Saúde de Santa Catarina, 1998



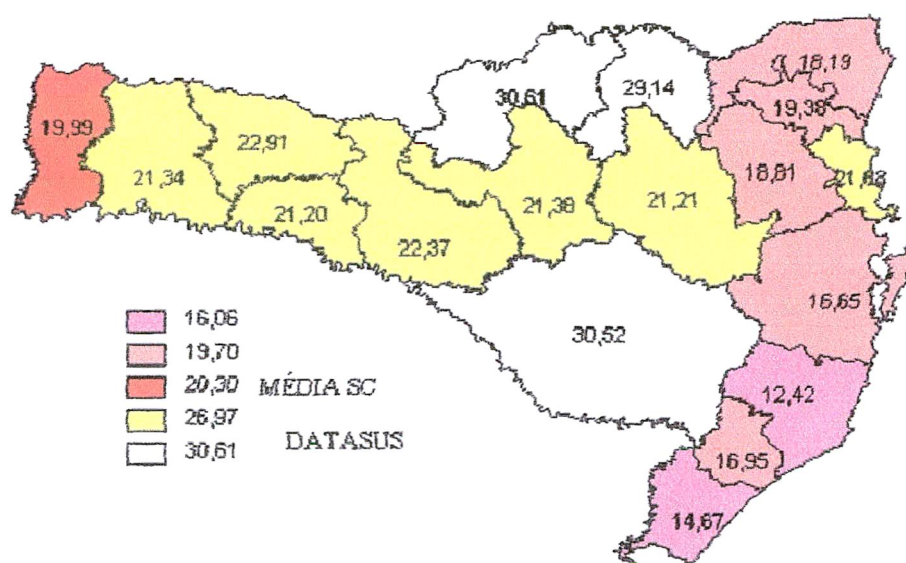
Mapa 28 – Percentual de óbitos por mal definidas, municípios do Planalto Serrano, Santa Catarina, 1998



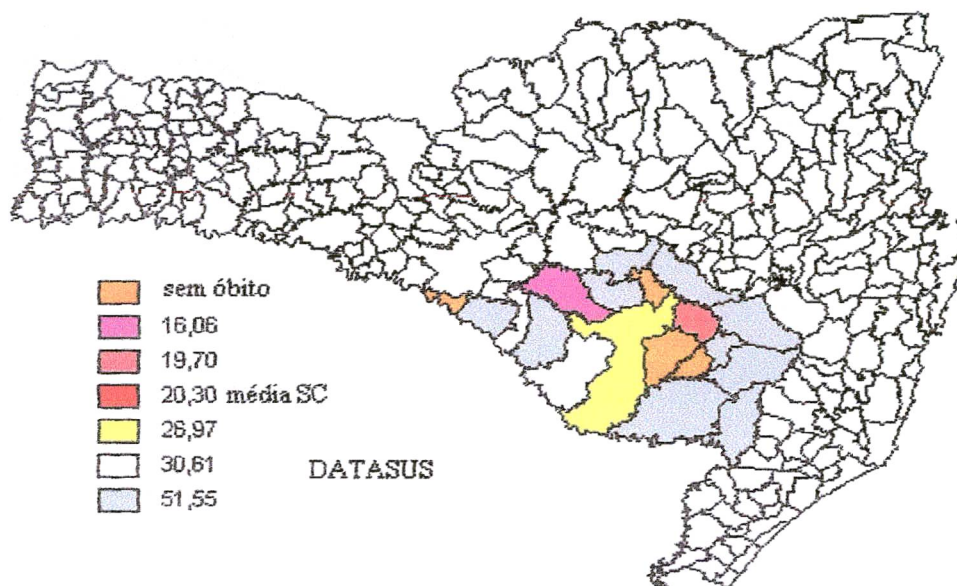
Para cruzarmos as informações sobre o processo de adoecer e morrer dos moradores do Planalto Serrano com suas condições de vida, ainda falta vermos os outros grupos de problemas citados nos Seminários de Saúde. Após a análise do setor educação, transportes, economia, organização popular, social e infra estrutura, poderemos ter uma idéia mais aproximada sobre as condições de vida e o adoecimento e morte dessas pessoas.

Outro Coeficiente de Mortalidade bastante utilizado é o de óbitos em Menores de 5 anos, que tem sido utilizado com função semelhante ao da Mortalidade em menores de um ano, tendo em vista algumas críticas ao CMI de que o aumento de cobertura de alguns serviços públicos retardaria os óbitos das crianças para a idade acima de um ano. Construímos este Coeficiente colocando no denominador, o número de nascidos vivos do ano em questão, e não a população menor de 5 anos.

Mapa 29 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 5 anos por 1.000 NV, Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1998



Mapa 30 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 5 anos por 1.000 NV, Municípios da AMURES, Santa Catarina, 1998



Sendo esse Coeficiente calculado com base nos Nascidos Vivos do ano, mais uma vez a Região Serrana situa-se acima do patamar de Santa Catarina, evidenciando as condições de viver já colocadas nos Seminários de Saúde. Internamente, apresenta municípios com mais do dobro da média do Estado, o que coloca esta Região entre as piores para se viver até os 5 anos. Os municípios de Celso Ramos, Urupema, Paineira e Palmeira não apresentaram nenhum óbito em menores de 5 anos durante o ano de 1998. As principais causas de óbitos em menores de um ano já foram vistas.

Restam agora as demais faixas etárias, compreendidas como, menor de um ano, um a quatro anos, cinco a quatorze anos, quinze a quarenta e nove anos, cinquenta a sessenta e quatro anos, e mais de sessenta e cinco anos, que passaremos a analisar.

Dos óbitos de menores de 5 anos residentes no Planalto Serrano ocorridos em 1998, as perinatais foram as que mais participação percentual tiveram. Em segundo lugar vêm as mal definidas, já tratadas anteriormente.

Quadro 40 - Frequência absoluta e relativa dos óbitos, segundo a causa CID10, em menores de 5 anos - municípios do Planalto Serrano – SC – 1998

Município de Residência	1		2		3		4		5		6		7		8	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
A. Garibaldi	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
B. do Sul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
B. J. da Serra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Bom Retiro	0	0,0	1	12,5	1	12,5	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C. Belo do Sul	0	0,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
Capão Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Cerro Negro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Correia Pinto	2	13,3	0	0,0	1	6,7	11	73,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Lages	7	8,0	2	2,3	9	10,3	38	43,7	15	17,2	9	10,3	3	3,4	3	3,4
Otacílio Costa	0	0,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	2	20,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0
Ponte Alta	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0
Rio Rufino	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
São Joaquim	1	6,7	0	0,0	0	0,0	7	46,7	2	13,3	5	33,3	0	0,0	0	0,0
S. José do Cerrito	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Urubici	1	10,0	0	0,0	1	10,0	5	50,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
Planalto Serrano	13	7,5	4	2,3	15	8,7	80	46,2	25	14,5	27	15,6	5	2,9	3	1,7

Fonte: DATASUS

Legenda

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Infecto Parasitárias | 2. Doenças do Sistema Nervoso |
| 3. Doenças do Aparelho Respiratório | 4. Doenças Perinatais |
| 5. Mal formações congênitas | 6. Mal definidas |
| 7. Causas Externas | 8. Demais |

Como os municípios da Região têm, na sua maioria, poucos nascimentos e óbitos em menores, a análise da frequência relativa de cada causa de óbito um fica prejudicada, na medida em que 1 óbito pode significar a totalidade (100%) das mortes ocorridas. Este é o caso de 8 dos municípios acima, pois estes tiveram no ano citado menos de 5 óbitos em menores de 5 anos. Por exemplo, em Capão Alto 100% dos óbitos de menores de 5 anos no ano de 1998 (1 morte) ocorreu por causas mal definidas.

Com base nisso é que as taxas do quadro acima foram analisadas em relação às taxas regionais.

A faixa etária entre 5 a 14 anos é composta predominantemente pelo escolar. Nesta idade costumam ocorrer menos óbitos, já que não há mais a fragilidade das idades anteriores.

Nesta faixa etária, a análise dos óbitos é ainda mais delicada, pois ocorreram, em 1998, no Planalto Serrano, 23 mortes, sendo 2 óbitos por doenças respiratórias, um em Anita Garibaldi e 1 em Urubici; 1 por causas mal definidas, que aconteceu em Cerro Negro; 2 por doenças do aparelho circulatório, sendo um em Correia Pinto. Em Otacílio Costa, ocorreram dois óbitos, os dois por causas externas, e em São Joaquim 3, também os 3 por causas externas. Lages teve 14 pessoas dessa idade que morreram, sendo 8 por causas externas, 2 por infecto parasitárias, 1 por doenças do aparelho circulatório, 1 por neoplasia, 1 por doenças do sangue, e 1 por doença do sistema nervoso.

O que chama atenção é o número significativo de mortes por causas externas – violência – responsáveis por 52% das mortes regionais ocorridas nesta faixa etária em 1998.

Entre 15 a 49 anos, as pessoas estão na plenitude da (Re)produção. Produção da vida econômica e reprodução da vida biológica. Nesta idade, as causas de óbito são relacionadas, particularmente, à inserção no mundo (Re)produtivo.

Como podemos ver no Quadro 41, aqui predominam as causas violentas, aquelas de exercício da sexualidade, e da inserção no mundo produtivo. Esta faixa etária é também preparação para as próximas, pois, dependendo da vida levada durante esse período, os agravos (especialmente aqueles ligados ao estilo de vida) e causas de morte serão diferentes nas idades subsequentes.

Em 8 municípios do Planalto Serrano houveram menos de 5 óbitos nesta faixa etária durante o ano de 1998, são eles Bom Jardim da Serra, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Painel, Palmeira, Rio Rufino, São José do Cerrito e Urupema, mas não se pode minimizar o fato do êxodo ser mais acentuado entre pessoas desta idade.

Ressaltam as mortes pelas causas externas em praticamente todos os municípios do Planalto Serrano. Em Bocaina do Sul, todos os 7 óbitos tiveram essa

como causa de morte. Começam a apontar as causas circulatórias e as neoplasias, que terão seu ápice como causas de óbito nas faixas subsequentes. Ainda, as mal definidas são responsáveis 11,7% das causas de óbito. E em uma faixa etária onde esse número deve se aproximar de 0.

Quadro 41 - Frequência absoluta e relativa dos óbitos na faixa etária entre 15 a 49 anos, segundo a causa CID10, – Municípios do Planalto Serrano – 1998

Município de Resid	Cap. 01		Cap. 02		Cap. 04		Cap. 06		Cap. 09		Cap. 10		Cap. 11		Cap. 18		Cap. 20		De- mais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
A. Garibaldi	0	0,0	2	22,2	1	11,1	1	11,1	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0
B. do Sul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0
B.J. Serra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Bom Retiro	2	22,2	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	2	22,2	3	33,3	0	0,0
C. B. do Sul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0
Capão Alto	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	33,3	0	0,0
Cerro Negro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0
C. Pinto	0	0,0	4	15,4	1	3,8	0	0,0	6	23,1	2	7,7	0	0,0	1	3,8	11	42,3	1	3,8
Lages	21	12,1	14	8,1	5	2,9	5	2,9	29	16,8	9	5,2	10	5,8	21	12,1	54	31,2	5	2,9
O. Costa	1	5,6	3	16,7	1	5,6	0	0,0	4	22,2	1	5,6	1	5,6	2	11,1	5	27,8	0	0,0
Painel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Palmeira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Ponte Alta	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	0	0,0
Rio Rufino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
S. Joaquim	0	0,0	4	23,5	1	5,9	0	0,0	4	23,5	1	5,9	0	0,0	1	5,9	6	35,3	0	0,0
S. J. Cerrito	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0
Urubici	0	0,0	2	16,7	1	8,3	1	8,3	2	16,7	0	0,0	3	25,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0
Urupema	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Região	26	8,5	32	10,4	11	3,6	7	2,3	52	16,9	14	4,6	15	4,9	36	11,7	107	34,9	7	2,3

Fonte: DATASUS

Legenda

- Cap. 1 – Infecto parasitárias
- Cap. 2 - Neoplasias
- Cap. 4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- Cap. 6 – Doenças do Sistema Nervoso
- Cap. 9 - Doenças do aparelho circulatório
- Cap. 10 – Doenças aparelho respiratório
- Cap. 11 – Doenças do aparelho digestivo
- Cap. 18 - Mal definidas
- Cap. 20 - Causas externas

Indiscutivelmente, as causas externas, oriundas de mortes violentas despontam como uma preocupação que os serviços de saúde devem enfrentar articuladamente com outros setores da sociedade, pois sobra para este setor, neste ca-

so específico, arcar com prejuízos originados em políticas e ações deficientes de outros órgãos governamentais, que, na maioria das vezes, não consideram o risco à vida como pauta para definição de políticas sociais, apesar dos discursos em defesa da vida e da segurança.

Quadro 42- Frequência absoluta e relativa dos óbitos, segundo causa cid10, na faixa etária de 50 a 64 anos – municípios do Planalto Serrano – 1998

Município	Cap. 01		Cap. 02		Cap. 04		Cap. 09		Cap. 10		Cap. 11		Cap. 18		Cap. 20		Demais			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
A. Garibaldi	1	3,6	7	25,0	2	7,1	12	42,9	5	17,9	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
B. do Sul	0	0,0	1	16,7	0	0,0	3	50,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
B. J. da Serra	0	0,0	4	50,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5
Bom Retiro	0	0,0	4	30,8	0	0,0	6	46,2	2	15,4	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C. B. do Sul	0	0,0	6	54,5	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3	27,3	0	0,0	0	0,0
Capão Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Celso Ramos	1	25,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cerro Negro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Correia Pinto	0	0,0	6	28,6	1	4,8	7	33,3	2	9,5	1	4,8	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0
Lages	8	2,5	73	22,7	18	5,6	105	32,6	38	11,8	18	5,6	37	11,5	12	3,7	13	4,0	13	4,0
Otacílio Costa	0	0,0	3	13,6	1	4,5	9	40,9	1	4,5	1	4,5	5	22,7	2	9,1	0	0,0	0	0,0
Painel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Palmeira	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ponte Alta	0	0,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rio Rufino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
São Joaquim	0	0,0	12	23,5	3	5,9	21	41,2	5	9,8	4	7,8	4	7,8	0	0,0	2	3,9	2	3,9
S. J. Cerrito	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Urubici	1	4,8	0	0,0	0	0,0	9	42,9	1	4,8	2	9,5	8	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Urupema	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Região	11	2,0	121	22,4	25	4,6	185	34,2	59	10,9	29	5,4	69	12,8	25	4,6	17	3,1	17	3,1

Fonte: DATASUS

Legenda

Cap. 1 – Infeciosas e parasitárias

Cap. 2 – Neoplasias

Cap. 4 - D. endócrinas, nutricionais e metabólicas

Cap. 9 – D. aparelho circulatório

Cap. 10 – D. aparelho respiratório

Cap. 11 – D. aparelho digestivo

Cap. 18 – Mal definidas

Cap. 20 – Causas Externas

Na faixa intermediária, 50 a 64 anos, entre o considerado idade produtiva e terceira idade, também chegamos a análises peculiares sobre o modo de morrer das pessoas da Região do Planalto Serrano.

Quadro 43 - Freqüência absoluta e relativa dos óbitos, segundo a causa CID10, na faixa etária de mais de 70 anos – municípios do P. Serrano - 1998

Município	Cap. 02		Cap. 04		Cap. 09		Cap. 10		Cap. 11		Cap. 14		Cap. 18		Cap. 20		Demais	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
A. Garibaldi	3	14,3	2	9,5	6	28,6	4	19,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	9,5	2	9,5
B. do Sul	0	0,0	0	0,0	11	84,6	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
B. J. da Serra	0	0,0	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bom Retiro	3	12,5	1	4,2	9	37,5	4	16,7	0	0,0	0	0,0	6	25,0	1	4,2	0	0,0
C. B. do Sul	3	14,3	0	0,0	11	52,4	4	19,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5
Capão Alto	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0
Celso Ramos	0	0,0	1	9,1	7	63,6	2	18,2	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cerro Negro	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0
Correia Pinto	5	20,8	0	0,0	8	33,3	5	20,8	2	8,3	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0
Lages	47	13,9	15	4,5	126	37,4	73	21,7	18	5,3	2	0,6	45	13,4	4	1,2	7	2,1
Otacílio Costa	3	10,3	2	6,9	10	34,5	8	27,6	1	3,4	0	0,0	4	13,8	1	3,4	0	0,0
Painel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Palmeira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ponte Alta	0	0,0	0	0,0	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0
Rio Rufino	1	11,1	0	0,0	4	44,4	0	0,0	1	11,1	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0
São Joaquim	8	15,4	1	1,9	18	34,6	14	26,9	1	1,9	2	3,8	8	15,4	0	0,0	0	0,0
S. J. Cerrito	3	10,7	2	7,1	5	17,9	3	10,7	0	0,0	1	3,6	14	50,0	0	0,0	0	0,0
Urubici	3	10,0	2	6,7	6	20,0	2	6,7	0	0,0	1	3,3	15	50,0	1	3,3	0	0,0
Urupema	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0
Região	79	12,3	27	4,2	240	37,4	125	19,5	24	3,7	10	1,6	115	17,9	10	1,6	11	1,7

Fonte: DATASUS

Legenda

Cap. 2 - Neoplasias
 Cap. 9 – Doenças aparelho circulatório
 Cap. 11 – Doenç aparelho digestivo
 Cap. 18 – Mal definidas
 Cap. 4 – Doenç endócrinas, nutricionais e metabólicas
 Cap. 10 – Doenças aparelho respiratório
 Cap. 14 – Doenças aparelho geniturinário
 Cap. 20 – Causas externas

Como já havia mencionado anteriormente, e podemos visualizar no Quadro 42, despontam nessa idade os problemas circulatórios e neoplasias. Mantêm-se as causas mal definidas, e as respiratórias retornam. Os Seminários de Saúde

apontaram a hipertensão como um problema. De fato, essa é uma realidade semelhante àquela verificada em Santa Catarina, a alta incidência de óbitos por causas circulatórias.

Conforme observamos no Quadro 43, na terceira idade, aquela compreendida por pessoas com mais de 65 anos, indiscutivelmente, há três causas que mais ocorrem no total de óbitos: as doenças circulatórias, as neoplasias e as doenças respiratórias, sendo que, no Planalto Serrano, as respiratórias tiveram um percentual maior do que as neoplasias. Considere-se o aspecto do clima frio, sem infra-estrutura adequada, inclusive nas residências, que em geral não possuem sistemas de calefação e aquecimento, além de hábitos de tabagismo acentuado entre os serranos.

m) Esperança de vida

A esperança de vida é um cálculo baseado na idade dos óbitos ocorridos, em cada local e ano. A partir da análise estatística das idades das mortes ocorridas nos últimos anos, dá uma idéia de qual a duração média de vida esperada.

O quadro 43 demonstra a esperança de vida ao nascer nas 18 regionais de saúde de Santa Catarina, classificando-as em ordem crescente sob o número de anos esperados para cada um viver.

Em nosso Estado, a Regional de Araranguá é aquela que apresentava a melhor expectativa de vida, tendo, no outro extremo, a Regional de Canoinhas como aquela com a menor esperança de vida. Interessante notar que, em relação à média do Estado, a Região Oeste e Serrana compreende aquela com média abaixo de Santa Catarina, enquanto que o Extremo Oeste e Litoral apresentam média acima do Estado

Reforça-se também o que foi falado neste capítulo: que as condições de vida dos moradores do Planalto Serrano resultam numa expectativa de vida das piores do Estado, sendo superada somente por Canoinhas e Mafra.

Quadro 44 - Esperança de Vida ao Nascer, segundo Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1998.

Regionais de Saúde	Esperança de Vida ao nascer
Canoinhas	69,58
Mafra	70,18
Lages	70,28
Itajaí	70,61
Rio do Sul	71,19
Joinville	71,43
Criciúma	71,57
Videira	71,74
Joaçaba	71,95
Jaraguá do Sul	72,19
Florianópolis	72,35
Tubarão	72,79
São Miguel d'Oeste	72,89
Blumenau	72,91
Concórdia	73,08
Xanxerê	73,14
Chapecó	74,36
Araranguá	74,62
Total	72,04

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
População: IBGE

3.1.1.4 - Problemas Relacionados ao Setor Educação

Foram relacionados neste grupo como problemas listados nos Primeiros Seminários de Saúde, no grupo da educação, tanto aqueles afetos ao direito de estudar, quanto os relacionados às condições para que isso ocorra.

Como podemos observar no Quadro 44, neste grupo, a maioria dos municípios listou como problemas o analfabetismo e a evasão escolar, esta última ocorrendo especialmente na época da safra, quando a maioria das crianças sai da escola para auxiliar sua família na lida agrícola.

Quadro 45 - Problemas listados no Primeiro Seminário de Saúde do setor educação – Municípios do Planalto Serrano – 1994 - 1996

Município	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A. Garibaldi	S	S				S									
B.do Sul															
Bom J. da Serra	S	S													
C. Belo do Sul							S			S		S			
Celso Ramos	S	S													
Cerro Negro	S		S												
Correia Pinto	S														
Lages	S				S				S		S		S		
Otacílio Costa	S													S	S
Ponte Alta			S					S							
Rio Rufino									S						
S. J. do Cerrito			S	S											
Urupema															

Legenda

- | | |
|--|---|
| 1. Analfabetismo | 2. Evasão escolar |
| 3. Evasão escolar na época do plantio e da colheita | 4. Necessidade de currículo adequado à realidade local |
| 5. Escolas fora da realidade | 6. Falta de escolas agrícolas voltadas à realidade do município |
| 7. Falta de creches municipais | 8. Baixa qualidade do ensino nas escolas estaduais |
| 9. Falta de cursos profissionalizantes voltados à realidade do município | 10. Colégios com excesso de alunos por turma |
| 11. Poucas bibliotecas | 12. Falta de uma quadra de esportes coberta |
| 13. Falta de orientação sobre saúde nas escolas | 14. Falta de orientação alimentar nas escolas |
| 15. Falta de saneamento básico em algumas escolas | |

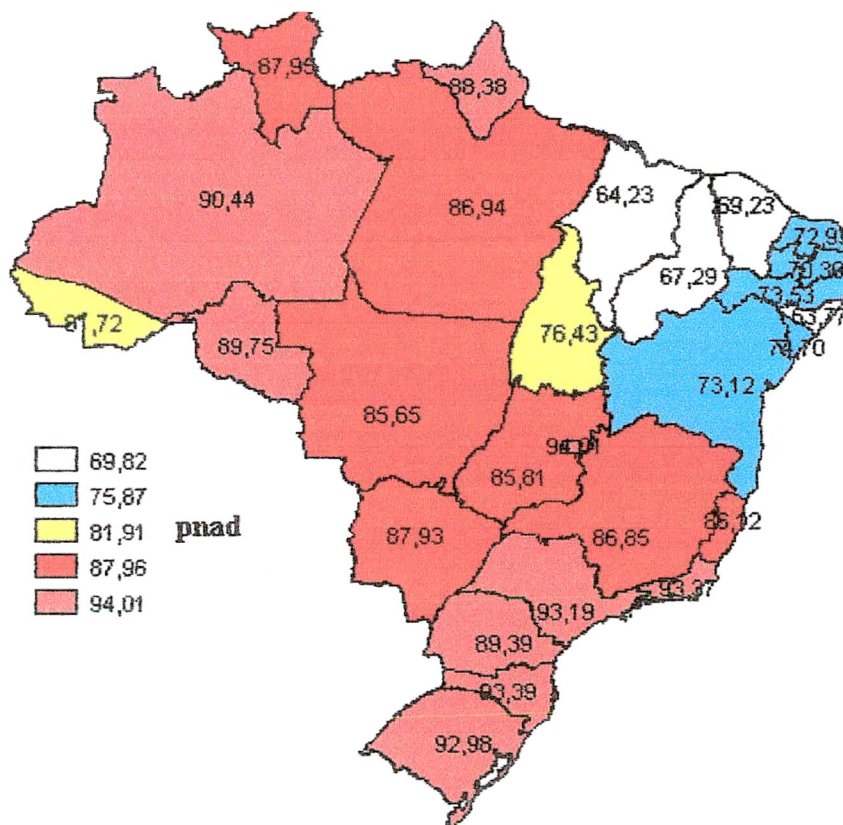
A reflexão sobre estes problemas nos remete ao descolamento dos currículos escolares das realidades específicas de cada comunidade, além dos cronos-

gramas escolares defasados, uma vez que o calendário escolar obedece a normas rígidas ditadas nos níveis estadual e federal, desconsiderando o calendário agrícola e as peculiaridades econômicas, sociais e culturais de cada comunidade. Aqui, a consequência imediata desta rigidez, é o aumento do número de crianças que evadem da escola na época da safra. Mas, com certeza, os prejuízos a médio e longo prazo são muito maiores e mais graves.

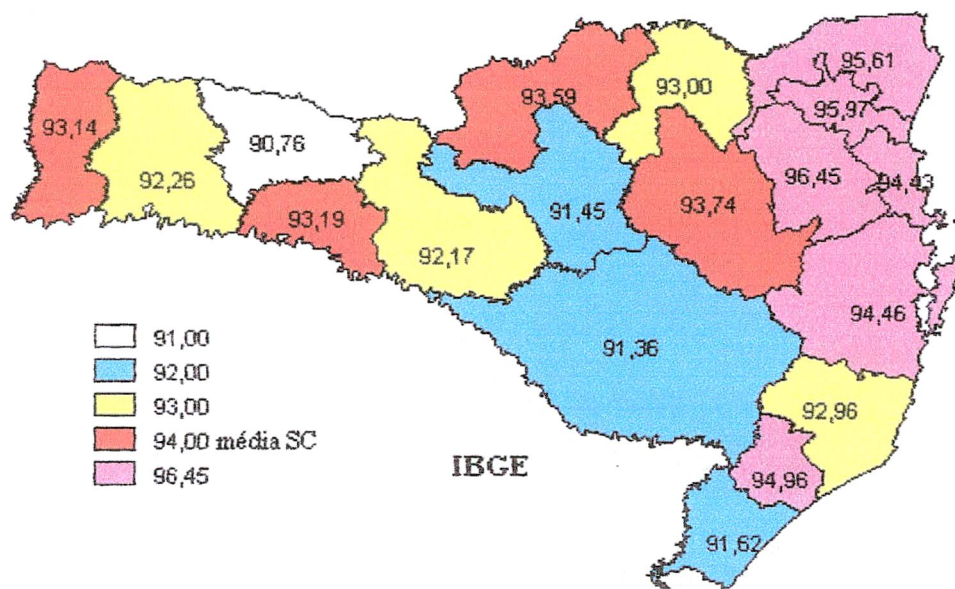
Os últimos dados oficiais sobre alfabetização nos municípios constam da Recontagem populacional do IBGE, realizado em 1996. O Censo que ora o IBGE realiza nos auxiliará num futuro próximo a verificação destas informações. No momento, porém, os dados são relativos a 4 anos atrás.

Conforme podemos observar no Mapa 31, Santa Catarina, quando comparada ao restante do país, situa-se em melhores condições de alfabetização dos maiores de 15 anos, sendo superada somente pelo Distrito Federal.

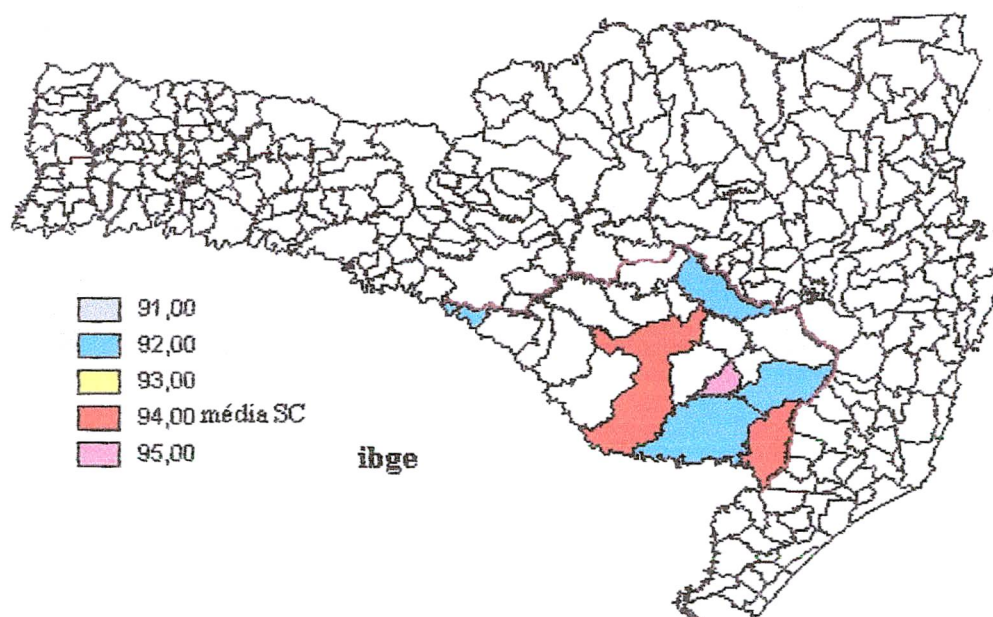
Mapa 31 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados – Estados Brasileiros, 1997



Mapa 32 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados, Regionais de Saúde, Santa Catarina, 1996



Mapa 33 – Percentual de maiores de 15 anos alfabetizados, Municípios da AMURES, SC, 1996



Infelizmente, a falta de informações internas não possibilita uma análise mais acurada acerca dessa taxa. Mesmo assim, os dados relativos a contagem populacional realizada pelo IBGE no ano de 1996 e expressas, no tocante à questão da alfabetização em maiores de 15 anos, nos Mapas 32 e 33, podem auxiliar para a verificação das desigualdades internas – e não mais para medir o percentual de alfabetizados.

Os dados do IBGE colocam o Planalto Serrano entre as Regionais com menor percentual de maiores de quinze anos alfabetizados. Internamente, somente os municípios de Urupema, Lages e Bom Jardim da Serra acompanham a média de Santa Catarina.

3.1.1.5 – Problemas relacionados ao setor transporte

Foram listados aqui todos os problemas relacionados as condições de transporte, seja dos moradores ou dos produtos, fruto do trabalho.

Quadro 46 - Problemas relativos ao setor Transportes – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994-1996

Município	1	2	3	4	5	6	7
A. Garibaldi	S	S					
B.do Sul			S		S		
Bom J. da Serra						S	
C. Belo do Sul			S				
Celso Ramos	S						S
Cerro Negro							
Correia Pinto				S			
Lages	S						
Otacílio Costa							
Ponte Alta							
Rio Rufino	S						
S. J. do Cerrito							
Urupema	S						

Legenda

- 1 - Estrada principal de acesso sem condições de tráfego
- 2 - Estradas sem condições para o escoamento da produção
- 3 - Má conservação das estradas do interior
- 4 - Falta de calçamento nas estradas da zona urbana
- 5 - Falta de um ônibus com o trajeto interior/sede
- 6 - Alto índice de acidentes nas estradas
- 7 - Falta de uma ponte

O problema mais listado nos municípios foi aquele das más condições da principal estrada de acesso ao município. A má conservação das estradas, sejam estas principais ou vicinais, causa sérios transtornos, inclusive dificultando o escoamento da safra e a chegada de produtos e ou novos moradores.

3.1.1.6 – Problemas relacionados à Economia

Aqui, os problemas são atinentes à vida econômica dos municípios, abrangendo desde questões mais gerais até aquelas particulares de cada município.

No Quadro 46 demonstra-se que os problemas mais listados pelos municípios conferem com a realidade de uma economia rural, que convive com o êxodo, o desemprego e a falta de condições para o agricultor exercer sua profissão. Articulam-se também com os problemas relacionados ao setor saúde e agricultura e pecuária citados nos Seminários de Saúde.

No Quadro 22, na página 98, que trata do Coeficiente de Gini, fica demonstrado que a Região do Planalto Serrano – ou Campos de Lages – situa-se entre aquelas com maior concentração de renda de Santa Catarina, igualando-se a Chapecó e sendo superada somente por Xanxerê, São Miguel d'Oeste e Concórdia.

Em se tratando de uma Região cuja economia é fundada na agropecuária e levando em consideração os problemas listados nos Seminários, relacionados aos prejuízos nas safras, o desemprego torna-se mais um motivo para a saída das pessoas da Região, num fluxo migratório já mencionado anteriormente, com a saída inicial do campo para a cidade sede, desta para o município central da Região, e, finalmente, do município central para outras cidades de Santa Catarina ou outros Estados do Brasil, num caminho já conhecido por demógrafos, comum em outros estados brasileiros.

São facetas da mesma vida, o pequeno ou inexistente incentivo agrícola, a falta de condições para a sobrevivência, o desemprego, o aumento do número de pessoas pobres e a piora das condições de vida, um processo saúde-doença

compatível com essas condições, e governos locais inaptos para enfrentar essa realidade.

Vejamos um pouco sobre a estrutura fundiária de Santa Catarina.

Quadro 47 – Problemas relacionados à Economia – Seminário de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994-1996

Município	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A. Garibaldi	S	S										
B. do Sul			S									
Bom J. da Serra	S		S	S								
C. Belo do Sul				S	S			S	S	S	S	S
Celso Ramos			S	S								
Cerro Negro	S		S	S								
Correia Pinto			S	S								
Lages	S		S			S						
Otacílio Costa			S									
Ponte Alta			S	S		S						
Rio Rufino			S	S			S					
S. J. do Cerrito			S									
Urupema	S											

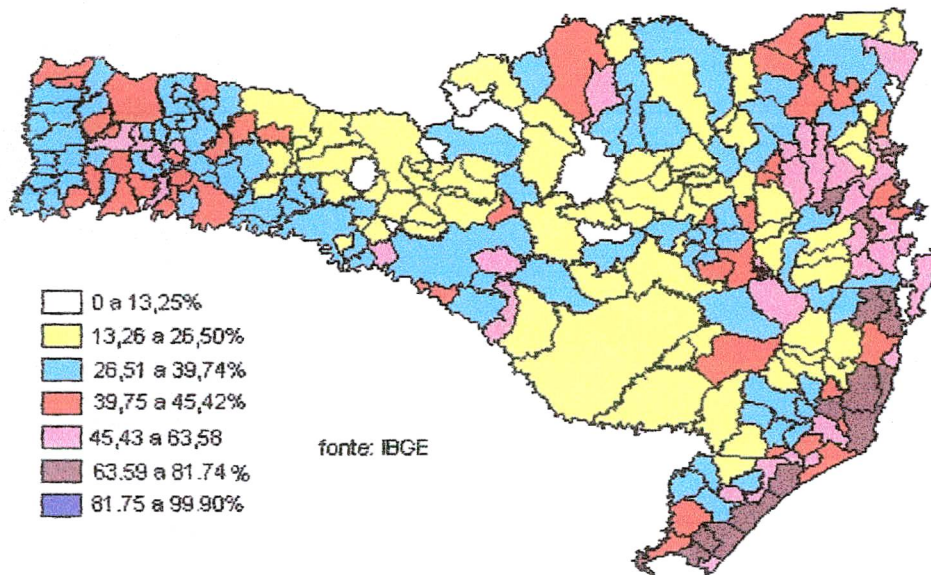
Legenda:

1. Aumento da pobreza e miséria da população
2. Baixa renda da população
3. Desemprego
4. Baixos salários
5. Falta de estímulo para a industrialização dos municípios
6. Falta de mão de obra especializada
7. Falta de conhecimento do município sobre sua vocação: o vime
8. Burocracia e alto custo para a contratação de trabalhadores
9. Aplicação dos recursos locais em outros municípios
10. Alta exploração do comércio local
11. Necessidade da emissão de notas fiscais
12. Grande número de bóias fria

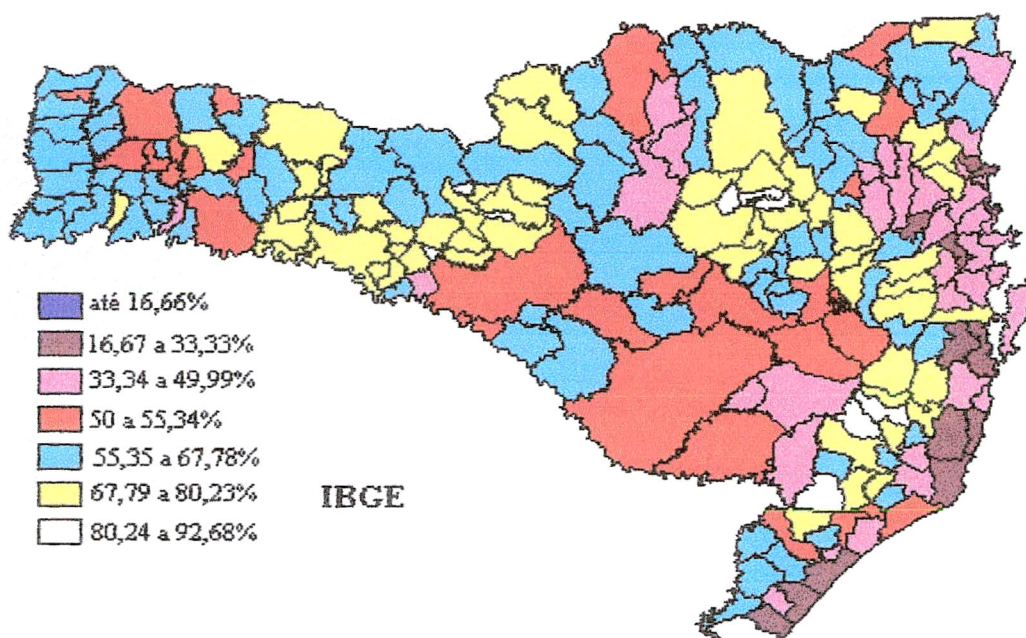
Nos Mapas 34, 35 e 36, demonstra-se a localização geográfica das propriedades até 10, entre 10 e 100 e acima de 100 ha. Em relação às Regionais de Saúde, percebe-se que nas regiões litorâneas há um predomínio de estabelecimen-

tos rurais menores (até 10 ha). No Extremo Oeste, predominam propriedades com área entre 10 e 100 Ha. Já, no Planalto Norte e Região Serrana, é significativa a participação de propriedades rurais com uma área maior de 100 Ha.

Mapa 34 – Percentual de estabelecimentos rurais com área menor a 10 ha, segundo o município, Santa Catarina, 1995/96

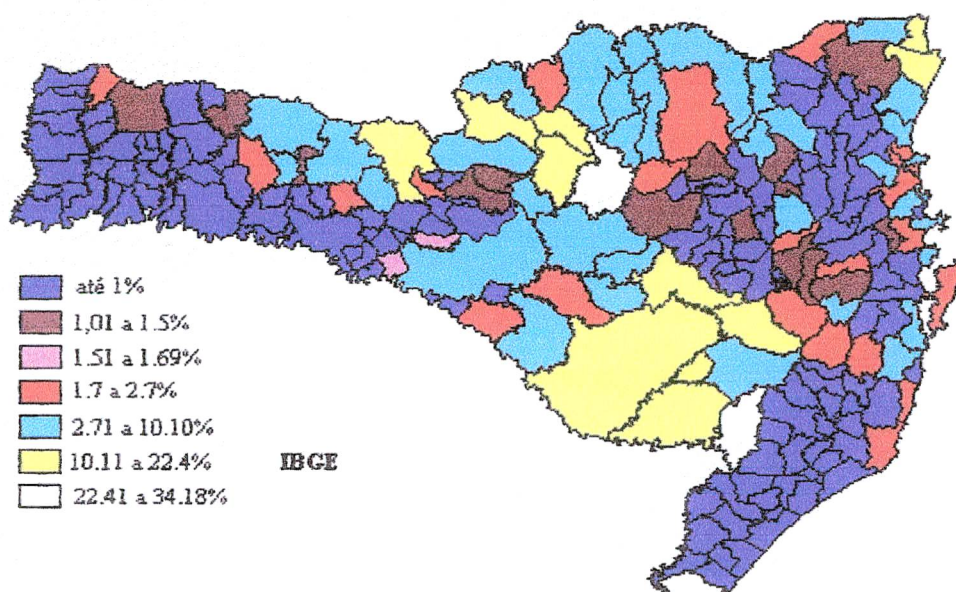


Mapa 35 – Percentual de propriedades rurais com área entre 10 e 100 ha, municípios de Santa Catarina, 1995/1996



Em Santa Catarina e no Planalto Serrano, há uma aparente associação entre um maior percentual de propriedades rurais extensas (latifúndios) com baixos indicadores sócio ambientais (baixa escolaridade, baixa cobertura de água e esgoto, diminuição da população, predomínio das faixas etárias acima de 69 anos), problemas estes mencionados nos Seminários de Saúde.

Mapa 36 – Percentual de estabelecimentos rurais com área maior de 100 ha, municípios de Santa Catarina, 1995/96



Isto coloca condições próprias de vida, das quais fazem parte por um lado a concentração da terra e da renda, e por outro a existência de pessoas sem acesso a terra ou a uma renda mínima.

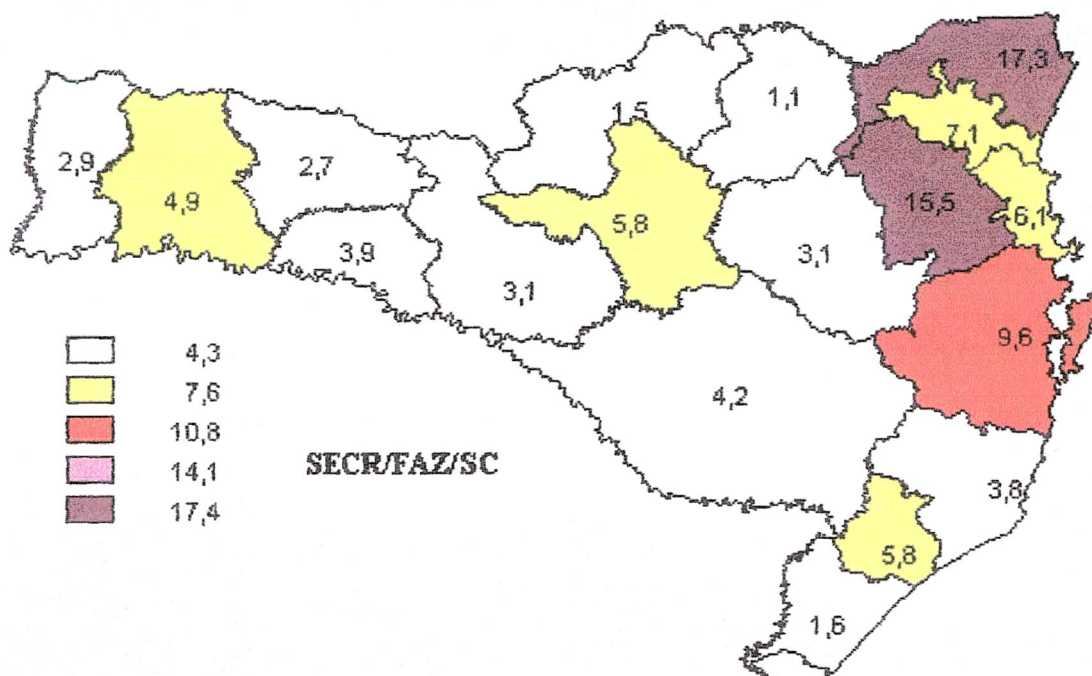
Santa Catarina apresenta um PIB per capita acima da média brasileira, semelhante àquela da Região Sul. Apesar das desigualdade existentes internas e dos questionamentos sobre a fidedignidade do Produto Interno Bruto per capita para mensurar a riqueza das pessoas, este é um dos poucos indicadores passíveis de acesso, e, apesar de demonstrar a riqueza da economia local, e não das pessoas, espera-se que locais mais ricos tenham menor número de pessoas pobres. E isso ocorreria indiretamente, pelo aumento da receita municipal e a possibilidade de maior investimento do setor público em ações coletivas.

Quadro 48 - Produto Interno Bruto per capita do Brasil, por Regiões e Santa Catarina - 1985-1997

REGIÕES	1985 CR\$	1990 CR\$	1994 R\$	1995 R\$	1996 R\$	1997 R\$
Brasil	9 859 022	220 411	2 280	4 160	4 946	5 413
Norte	6 781 477	161 697	1 644	2 705	3 188	3 293
Nordeste	4 778 724	97 869	1 024	1 861	2 287	2 494
Sudeste	13 760 328	303 020	3 059	5 726	6 734	7 436
Sul	10 858 547	265 030	2 837	4 966	5 958	6 402
S. Catarina	10 608 721	266 348	2 692	4 893	6 025	6 380
Centro-Oeste	7 073 799	178 650	2 111	3 742	4 495	5 008
Distrito Federal	12 943 622	328 100	3 902	7 416	9 035	10 508

fonte: IBGE

Mapa 37 – Participação percentual das Regionais de Saúde sobre a arrecadação total do ICMS - Santa Catarina, 1998

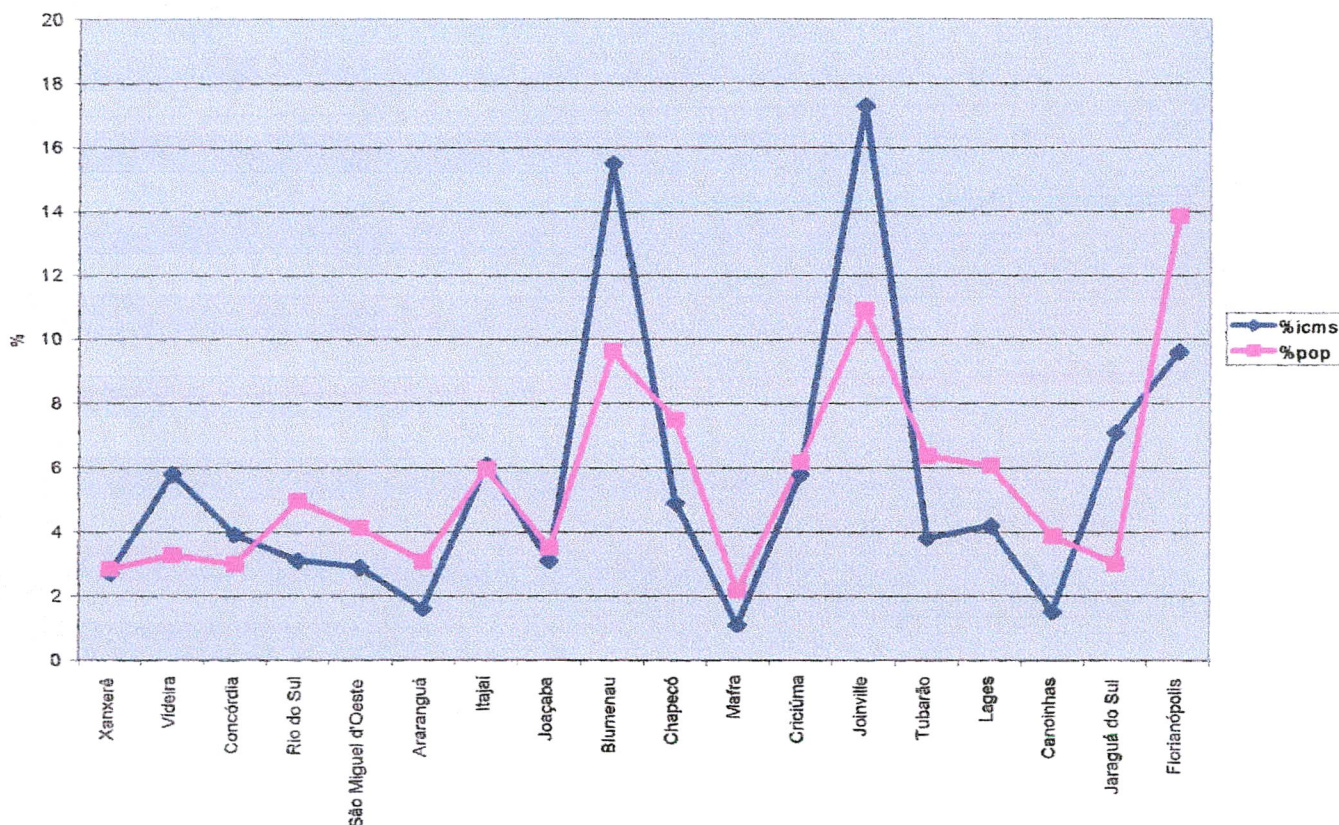


Do total da arrecadação de ICMS de Santa Catarina, observa-se no Mapa 35, quais regionais abarcam a maior e menor fatias. Verifica-se que as Regiões de Blumenau e Joinville arrecadam disparadamente os maiores percentuais, sendo seguidas pela Regional de Florianópolis. O Planalto Serrano apresenta uma arrecadação abaixo da média de Santa Catarina.

A relação entre a participação percentual da população e do total de ICMS arrecadado (ambos relativos ao ano de 1998), nos mostra que Blumenau, Jaraguá do Sul e Joinville detêm uma proporção muito mais elevada do ICMS do que da população. Em contrapartida, Lages e Florianópolis apresentam participação percentual bem mais elevada de população do que de arrecadação.

Reforço que a arrecadação de ICMS e PIB não significam necessariamente melhoria na qualidade de vida, apenas apontam tendências para a possibilidade de ações que incrementem o acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida, e das condições diferenciadas de acesso a serviços públicos.

Gráfico 8 – Percentual da população X Percentual do ICMS – Regionais de Santa Catarina, 1998

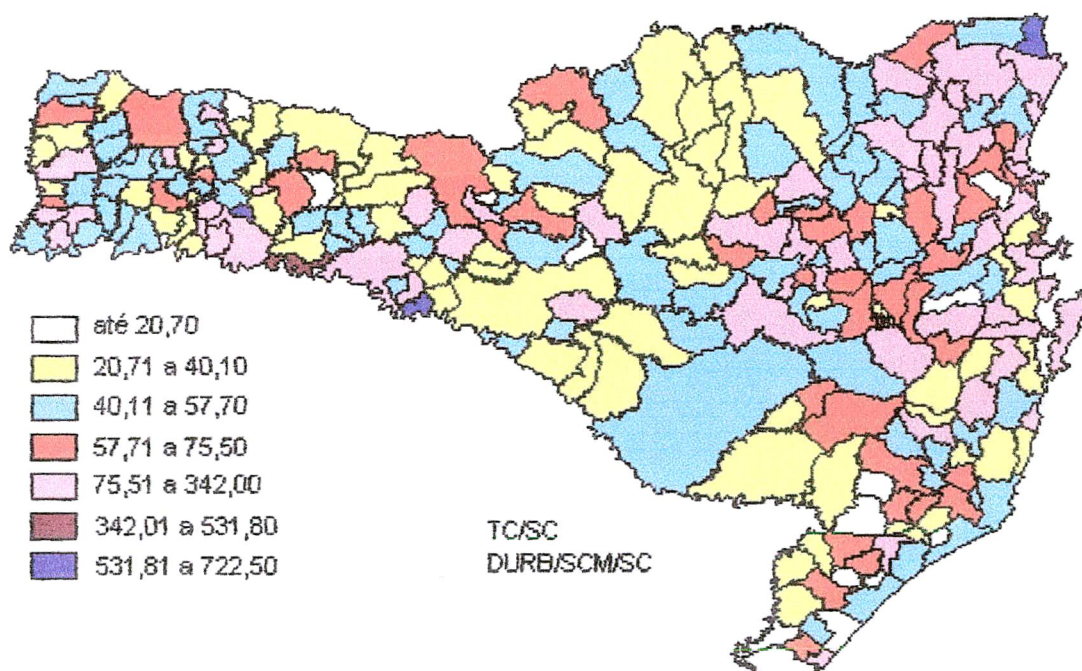


Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda de SC regionais

A Receita própria de cada município, visualizada no Mapa 36, contempla IPTU, ISS, ITBI e taxas municipais. Em Santa Catarina, no ano de 1998, verifica-se que a relação R\$/habitante/ano foi melhor naqueles municípios situados na Região litorânea norte.

É a mesma região com maior arrecadação de ICMS, (excetuando-se Florianópolis), de maior crescimento demográfico e econômico das últimas décadas e com melhores indicadores sócio-ambientais já verificados. Em compensação, os municípios da Região do Planalto Serrano situam-se entre as piores arrecadações próprias. Isso evidencia as precárias condições de investimento vigentes nas Prefeituras da Região do Planalto Serrano.

Mapa 38 – Receita Municipal de arrecadação própria – Valor habitante/ano, Santa Catarina, 1998



3.1.1.7 – Problemas relacionados à organização popular

Neste grupo, foram colocados os problemas voltados à postura das pessoas na sociedade civil, seja esta dada por características individuais, do grupo participante do Primeiro Seminário, ou ainda da organização das entidades e de suas relações com seus componentes.

Podemos notar, conforme o quadro seguinte, que o número de problemas aqui agrupados aumentou em relação aos dois grupos de problemas analisados imediatamente antes, o que pode significar a vontade dos participantes dos Seminários em aprofundar e consolidar relações de ajuda e solidariedade.

De fato, os problemas que mais municípios listaram dizem respeito à falta de organização, seja da comunidade, seja de grupos específicos, como o caso dos agricultores. Mais do que a falta de organização, foi mencionada a falta de coesão e o desinteresse em participação de eventos de interesse coletivo.

O mais interessante ainda é que os municípios que citaram a falta de interesse das pessoas contaram, no Primeiro Seminário, com um número significativo de participantes.

Merece ressalva o município de Celso Ramos, que apontou como um grave problema local a divisão política dos moradores fora do período eleitoral. Segundo os participantes do Seminário, a divisão política é salutar, porém, no período das eleições. Fora dele, os que perderam devem auxiliar aqueles que ganharam, e todos devem somar esforços.

Como demonstrado no Quadro 48, em Campo Belo do Sul, o problema mencionado por representantes da Prefeitura foi o de que a população não se integrava aos trabalhos desenvolvidos pelo governo municipal. E esse é um dos municípios que sempre contou com a maior participação popular nos Seminários.

Quadro 49 - Problemas relacionados à Organização Popular – Seminário de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 a 1996

Município	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
A. Garibaldi	S										S			S					
B. do Sul				S	S			S											
Bom J. da Serra																			
C. Belo do Sul						S			S	S		S					S	S	
Celso Ramos											S					S			S
Cerro Negro			S					S											
Correia Pinto														S					
Lages													S						
Otacílio Costa	S										S				S				
Ponte Alta															S	S			
Rio Rufino											S								
S. J. do Cerrito	S														S	S			
Urupema																			

Legenda

- | | |
|--|---|
| 1. Individualismo das pessoas | 2. Pouca valorização das pessoas |
| 3. Falta de incentivo dos pais para que os filhos estudem | 4. Falta de conscientização sobre o destino e tratamento do lixo domiciliar |
| 5. Falta de conscientização sobre higiene - corpo, casa, terreno e animais doméstico | 6. Falta de conscientização sobre limpeza das caixas d'água |
| 7. Falta de conscientização das pessoas sobre documentos pessoais (registro de nascimento, carteira de identidade etc) | 8. Maus hábitos alimentares |
| 9. Os donos dos animais deixam-nos soltos nas ruas | 10. Necessidade da criação de um sindicato patronal |
| 11. Falta de união, coesão e organização dos agricultores | 12. Baixa conscientização dos agricultores sobre seus direitos |
| 13. Baixa consciência da população sobre cidadania | 14. Falta de credibilidade das entidades representativas da comunidade |
| 15. Falta de organização da população | 16. Pouca participação dos moradores nas reuniões de interesse geral |
| 17. Falta de organização, sensibilização e integração da sociedade com a administração do município | 18. Falta de integração de todas entidades (civis e governamentais) para a busca conjunta de soluções para os problemas das comunidades |
| 19. Divisão política dos moradores fora do período eleitoral | |

De um modo geral e superficial os participantes dos Seminários percebem que muitos problemas locais só serão resolvidos com a interferência direta dos

municípios, seja esta dada através de entidades não governamentais ou conselhos (cuja composição é dada pela participação de entidades governamentais e não governamentais) . Isso me leva a pensar que a criação de diversos Conselhos (dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Saúde, da Educação, Tutelar), mesmo que tendo um caráter institucional limitado, contribuiu para o incremento da participação popular e do controle social nos municípios pesquisados.

É como se a idéia de controle social sobre as ações desenvolvidas pelos órgãos governamentais estivesse incipiente, e que os participantes dos Seminários atentaram para tal fato, fazendo autocríticas sobre a necessidade de aprofundá-lo.

3.1.1.8 – Problemas relacionados à Assistência Social

Neste grupo, foram listados os problemas relacionados à visão governamental de assistência social, incluindo aqueles atinentes às ações das Secretarias da Assistência Social e Conselhos Municipais. Não tenho aqui a intenção de extrapolar o social ao fato do homem viver no meio social. Por isso os problemas aqui relacionados são em pequeno número.

Podemos ver que os problemas afetos a este grupo foram poucos, tanto em número, quanto em municípios, ainda que fossem graves, como o caso da prostituição infantil, da fome, da existência de bares com jogos perto de escolas ou ainda do subregistro. Explicitam uma realidade nacional, e estão sob a responsabilidade das Secretarias de Assistência Social e dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente.

Quanto ao problema “fome”, vimos anteriormente que o percentual de internações por carência alimentar em crianças menores de 5 anos é menor no Planalto Serrano do que no Estado de Santa Catarina. E isso se deve ao trabalho das Pastorais – da Criança e da Saúde -, articulado com os trabalhos das entidades governamentais dos municípios e a aplicação do SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional), programa federal aplicado na Região.

Quadro 50 - Problemas relacionados à Assistência Social – Seminários de Saúde dos Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 – 1996

Município	Prostituição infantil	Fome	Existência de bares perto de escolas com jogos eletrônicos	Baixo índice de registros de nascimentos nos cartórios locais
A. Garibaldi				
B. do Sul				
Bom J. da Serra				
C. Belo do Sul				S
Celso Ramos				
Cerro Negro				
Correia Pinto	S	S		
Lages			S	
Otacílio Costa				
Ponte Alta				
Rio Rufino				
S. J. do Cerrito				
Urupema				

3.1.1.9 – Problemas relacionados à Infra-Estrutura

Quadro 51 - Problemas listados relacionados à Infra Estrutura – Seminário de Saúde – Municípios do Planalto Serrano – SC – 1994 - 1996

Município	1	2	3	4	5	6	7
A. Garibaldi							
B. do Sul			S		S		S
Bom J. da Serra							
C. Belo do Sul	S	S	S		S		S
Celso Ramos	S	S		S			
Cerro Negro							
Correia Pinto							
Lages	S						
Otacilio Costa					S	S	
Ponte Alta		S					
Rio Rufino							
S. J. do Cerrito							
Urupema							

Legenda

1. Déficit habitacional
2. Baixa eletrificação rural
3. Falta de áreas e opções de lazer
4. Falta de programação cultural
5. Falta de programas de incentivo à criação de hortas comunitárias e domésticas
6. Falta de orientação para a economia doméstica
7. Descaso com a conservação dos cemitérios e Igrejas locais

Compõem esse grupo os problemas dependentes de serviços reconhecidamente governamentais, voltados a possibilitar melhorias na vida das pessoas que não pertençam ao locus saúde, educação, economia. São aqueles serviços de responsabilidade da CELESC (Centrais Elétricas de Santa Catarina), Secretaria da Habitação, Secretarias Urbanas, da Cultura, da Agricultura, EPAGRI e outros.

Os problemas relacionados ao déficit habitacional e baixa eletrificação rural foram mais citados nos Seminários. O déficit habitacional só pode ser verificado em Santa Catarina pelos dados de pesquisa realizada em 1994.

a) Déficit Habitacional

Muito se comenta sobre o termo "déficit habitacional". É uma questão problemática, na medida em que o critério do que seja qualidade de uma moradia muitas vezes é subjetivo.

Particularmente em Santa Catarina, inexistem dados atualizados sobre o número e a localização de pessoas que vivem em casas com condições ruins de moradia, ou que não têm casa. Em uma pesquisa realizada pela Perfil, no ano de 1994 nas mesorregiões do Estado de Santa Catarina, as condições parecem ser conforme o demonstrado nos quadros 51, 52 e 53.

A Região do Oeste é aquela que apresenta o maior percentual de casas alugadas, e a Região Serrana, o menor.

As regiões do Vale do Itajaí e Sul de Santa Catarina são aquelas que têm, segundo a pesquisa, o maior percentual de pessoas com casa própria quitada, e a Região Oeste, o menor percentual, seguida pelas Região Norte e Serrana.

A propriedade do domicílio sem considerar as condições de habitação desse mesmo domicílio nos indicam superficialmente as condições de vida de uma dada população, na medida em que se espera que o maior número de pessoas possuam casas próprias, ou quitadas, ou em aquisição.

Quadro 52- Percentual de Propriedade do domicílio da população amostrada urbana de Santa Catarina e das Mesorregiões - 1994

Propriedade do domicílio	SC	FLN	SER	NORT	SUL	OEST	VALE
Alugada	16,2	16,7	13,6	16,7	17,0	19,4	13,8
Própria quitada	74,8	74,8	73,4	72,7	76,7	71,7	79,3
Própria em aquisição	2,8	0,5	4,7	4,4	1,0	3,8	2,3
Cedida	4,4	4,9	7,2	3,9	3,6	3,7	3,1
Outros	1,7	3,0	1,1	1,9	1,6	1,4	1,4
Não respondeu	0,2	0,2	0,0	0,5	0,1	0,1	0,2

Fonte: Perfil Pesquisa Ltda – jan./fev./1994

Outro indício de qualidade de vida precária é o percentual de casas cedidas ou outros, e aqui vemos que a Região Serrana apresenta o maior percentual de domicílios em situação de cedência ou outros, enquanto que a Região do Vale do Itajaí apresenta o menor percentual.

Quadro 53 - Estado de conservação dos domicílios da população amostrada urbana SC e mesorregiões - 1994

CONSERVAÇÃO	SC	FLN	SER	NORT	SUL	OEST	VALE
BOA	68.9	66.2	44.3	80.6	84.5	49.3	84.9
REGULAR	23.6	26.0	35.8	16.0	12.2	36.0	11.7
RUIM	7.3	7.8	19.8	3.3	3.3	14.8	3.3
S/RESPOSTA	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2

Fonte: Perfil Pesquisa Ltda – jan./fev./1994

Quadro 54 - Tipo de domicílio da população amostrada urbana/SC por mesorregiões - 1994

CONSERVAÇÃO	SC	FLN	SER	NORT	SUL	OEST	VALE
CASA ADEQUADA	92.5	91.4	80.2	96.7	96.6	85.2	96.4
CASA INADEQUADA	7.3	7.8	19.8	3.3	3.2	14.8	3.3
S/RESPOSTA	0.2	0.7	0.0	0.0	0.2	0.0	0.3

Fonte: Perfil Pesquisa Ltda – jan./fev./1994

Os Quadros 52, 53 e 54 nos dão uma indicação da questão habitacional na zona urbana de Santa Catarina.

No Quadro 54, mais uma vez observa-se que a Região do Planalto Serrano é aquela que, segundo a pesquisa realizada, apresenta o maior percentual de casas em estado ruim de conservação. Este Quadro foi baseado na interpretação, segundo critérios previamente estabelecidos, dos entrevistadores sobre o estado dos domicílios, se adequados ou não.

Conforme o explicitado até o momento, seja através dos problemas listados nos seminários de Saúde ou nos dados tratados posteriormente, ficam cada vez mais claras as condições de existência dos moradores do Planalto Serrano, condições essas piores do que aquelas verificadas na maioria das Regiões de Santa Catarina.

Associemos a má qualidade de vida (nesta região comprovadamente gerada por uma gama de determinantes que abarcam muito mais do que os que tentamos apontar) à falta de políticas de atenção (à saúde, educação, trabalho, transporte, lazer, etc), e teremos o perfil de problemas citados nos Seminários de Saúde.

3.1.1.10 - Algumas considerações sobre a quantidade de dados e problemas relatados

Os Seminários de Saúde tiveram a participação de praticamente todos os setores das comunidades municipais. A tecnologia desenvolvida (e já relatada) contemplou a possibilidade dos atores sociais interessados posicionarem-se frente a problemas (a princípio de saúde, mas abarcando outras áreas) cotidianos.

O primeiro passo, que foi a realização dos Seminários, a listagem e análise dos problemas neles citados, mostrou particularmente que a articulação entre os setores, órgãos, entidades e governos que convivem cotidianamente em uma comunidade ou município é enriquecedora e torna o conhecimento da realidade muito mais aprofundado e próximo desta mesma realidade.

Isto foi percebido ao constatar que muitos problemas que foram detectados através da análise de dados, não foram listados nos Seminários. Em contrapartida, praticamente todos problemas listados nos Seminários têm fundamento nos dados, embora, muitas vezes, a análise puramente técnica desses dados não possibilitasse seu conhecimento.

Além disso, a detecção pura e simples dos problemas, apesar de ser essencial, na medida em que não se resolve o que não se conhece, não é suficiente, pois cada problema deve ser analisado e sua resolução encaminhada. A participação de todos na listagem dos problemas é o que possibilita o envolvimento coletivo na sua resolução.

Isso sem falar no direito de todo cidadão em interferir nas ações públicas e coletivas, quer sejam do setor saúde e não.

A investigação do resultado dos primeiros Seminários de Saúde resultou em um documento intitulado “Análise da Situação de Saúde Segundo Condições de Vida (Dornelles & Julio, 1996)”, apresentado à Secretaria de Estado da Saúde em julho de 1996. Neste documento, elencamos algumas propostas de Reorganização dos Serviços Públicos de Saúde da Região da AMURES³⁷, as quais escrevo na íntegra, a seguir.

a) Articular com o setor público de educação:

a) Implementação da disciplina de Educação em Saúde nos currículos, sob orientação dos técnicos do setor saúde.

b) Consolidação e implementação do Programa de Saúde do Escolar.

c) Atuação conjunta do setor saúde, educação, alcoólicos anônimos, Garra³⁸, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente no Programa de Saúde

³⁷ Associação dos Municípios da Região Serrana – mesma base regional do Planalto Serrano e XV Regional de Saúde.

³⁸ Grupo de Apoio e Recuperação dos Aidéticos.

do Adolescente visando à prevenção e atuação junto aos usuários de drogas e alcoólatras.

d) Adequação do calendário curricular à necessidade da saída dos alunos para a colheita da safra.

e) Desenvolvimento de programas de prevenção a cisticercose, toxoplasmose, verminose e intoxicação por agrotóxicos.

b) Articular com o grupo dos alcoólicos anônimos:

a) Criação, em cada município da Regional, de grupos de alcoólicos anônimos.

c) Articular com a EPAGRI e Secretaria de Estado da Saúde:

a) Assistência contínua ao agricultor, especialmente no tocante ao uso adequado do solo e culturas alternativas.

b) Controle do uso de agrotóxicos.

c) Formar uma coordenação conjunta setor saúde e setor saúde do Estado de Santa Catarina para o controle e orientação acerca do uso adequado de agrotóxicos.

d) Controle e despoluição das fontes de água do meio rural.

d) Articular com a Secretaria de Estado de Transportes e Obras:

a) Conservação e construção das estradas essenciais ao escoamento da produção local.

e) Articular com as Prefeituras locais:

a) Organização local dos Serviços de saúde.

b) Um sistema de referência e contra referência para o atendimento público de saúde (com a garantia de atendimento aos problemas não resolvidos no município).

c) Manutenção e implementação das farmácias locais (após o levantamento de cada município sobre a necessidade de medicamentos).

d) Atuação mais eficaz do serviço de Vigilância Sanitária.

f) Articular com a CASAN³⁹ e SEDUMA⁴⁰

a) Controle da qualidade da água da zona urbana.

b) Implantação das redes de esgoto.

g) Reorganização dos Serviços Regionais de Saúde:

→ Estabelecimento de monitores municipais, responsáveis pela efetivação da parceria entre o município e a Regional de Saúde.

→ Treinamento (a ser detalhado) da equipe de saúde componente da Regional de Saúde e dos monitores.

→ Implantação dos serviços de cuidado ambiental, responsáveis pelo uso de agrotóxicos e contaminação do meio ambiente (poluição dos rios, do ar, destino do lixo, contaminação das fontes de água do meio rural).

→ Reativação da Oficina Sanitária.

→ Treinamento com os monitores municipais sobre o registro dos sepultamentos.

→ Consolidação das relações já estabelecidas entre a Regional de Saúde e os municípios.

→ Utilizar o presente diagnóstico como eixo norteador das ações a serem desenvolvidas na Região.

→ Privilegiar os serviços de Vigilância Sanitária.

→ Implantar a Central de Marcação de Consultas (para equacionar nos municípios a falta de médicos especialistas e de serviços de maior complexidade).

→ Implantar o sistema de consórcios intermunicipais (para equacionar o problema de falta de consultas e exames especializados nos municípios).

³⁹ Empresa responsável pela cobertura de água tratada e esgoto.

⁴⁰ Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

→ Contratação de profissionais especializados em Saúde Coletiva para a XV Regional de Saúde.

O documento com essas propostas tinha como tarefa nortear as ações de saúde do Planalto Serrano, estando fundamentado nos Seminários de Saúde e na análise dos indicadores já mencionados. Propúnhamos que o documento então denominado “Análise da Situação de Saúde Segundo Condições de Vida” se tornasse o Plano Regional de Saúde.

O problema é que havia normas para a elaboração dos Planos de Saúde, e a Secretaria de Estado da Saúde rejeitou nossa proposta sob a justificativa de a mesma “não se enquadrar” nos critérios de um Plano. Na época, percebemos que não havia interesse por parte do Governo Estadual em implementar novas práticas de planejamento de ações de saúde.

Paralelamente, os Seminários de Saúde continuavam sendo realizados, e a participação das comunidades locais era cada vez maior. Os seminários subsequentes (todo Seminário que não fosse o Primeiro, já que os municípios passaram a realizá-los sistematicamente) tinham como tarefa priorizar os problemas e organizar sua resolução. Tratarei posteriormente, nesta tese, somente dos Seminários daqueles municípios que priorizaram os problemas.

Nesse período, a Secretaria de Estado da Saúde retirou o apoio ao Projeto⁴¹, e o mesmo passou a ser de responsabilidade única e exclusiva da XV Regional de Saúde e dos municípios já citados. Esse foi mais um momento de ruptura, e tenho a certeza de que o trabalho prosseguiu pela teimosia dos monitores e pela participação da comunidade, que nos surpreendia a cada momento pela intensidade e seriedade na priorização e resolução dos problemas detectados no Primeiro Seminário.

⁴¹ A retirada da Secretaria Estadual de Saúde ocorrida nessa época foi somente formal, pois a mesma já não havia aprovado nenhum dos subprojetos que elaboramos para aprofundar o conhecimento dos problemas levantados nos Seminários de Saúde. Entre eles, as investigações sobre contaminação por agrotóxicos e incidência de cisticercose.

A participação das pessoas dos municípios nos Seminários de Saúde nos estimulou a dar continuidade, mesmo que de forma voluntária. Ao vermos a força das pessoas, muitas delas sofridas pelas condições de existência, desconforto em pensar em desistir. Junto com isso, os monitores locais estavam sendo convidados um a um, a tornarem-se Secretários Municipais de Saúde. E, assim, foi superado mais um revés. Foi nessa época que iniciei o doutorado, propondo-me a refletir sobre o processo experienciado, na tentativa de consolidá-lo pelo menos nos municípios onde estivesse em implantação.

A saída dos níveis federal e estadual do nosso projeto, que vinha caracterizando-se pela construção de estratégias de poder local em saúde, aliada à não aceitação da proposta de reorganização dos serviços da Regional de Saúde por parte da Secretaria Estadual da Saúde, levou-nos a refletir sobre os (des) caminhos da descentralização e efetivação do Sistema Único de Saúde.

Por um lado, haviam os discursos oficiais que reforçavam a democratização do SUS. A Norma Operacional Básica, de 1996, NOB/96, por exemplo, tem como objetivo: "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios...".

Conforme informações do Ministério da Saúde, com a NOB/96,

"o gestor municipal irá, por conseguinte, prover aos seus municípios a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda, no qual se desloca poder – gestão, atribuições e decisões – para o nível mais local do Sistema (Ministério da Saúde, NOB/96)".

O Governo Federal, via Ministério da Saúde, estabeleceu algumas estratégias oficiais de descentralização de poder, de gestão, de atribuições e de decisões, entre as quais o PAB – Piso de Atenção Básica, de 18 de dezembro de 1997 -, que estipula um valor per capita a ser repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, com o objetivo de custeio de ações básicas de saúde, o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde - e o já implantado em anos anteriores PSF – Programa de Saúde da Família.

De outro lado, víamos uma prática castradora sobre os trabalhos não oriundos do nível Estadual ou Federal que visassem o conhecimento das e a intervenção nas realidades locais. Aqui, temos novamente a prática transcendendo o discurso, pois, nesse caso particular, como estimular a autonomia dos municípios e correr o risco de perder o controle (e o poder) sobre aqueles que, em última instância garantiriam a manutenção do poder central? Como aceitar uma proposta diversa de Plano Regional de Saúde, que não se enquadre nele, passível de entendimento e domínio do nível Estadual?

O interessante é que os técnicos do setor saúde estadual, isoladamente e fora de seu local de trabalho estimulavam a experiência, mas, no exercício de seu trabalho a rejeitavam. Embora sejam necessárias reflexões mais profundas sobre isso, fica registrada aqui a duplicidade de postura (nas mesmas pessoas), revelando duas formas de encarar nosso Projeto, diferentes e contraditórias: uma enquanto indivíduos, defensores dos princípios do Projeto, e outra, enquanto representantes de uma forma de poder institucional, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, questionando a fidedignidade e adequação do mesmo às normas institucionais.

Mas, se justifico o fato das pessoas possuírem mais de uma visão de mundo (como coloquei no caso dos participantes dos Seminários de Saúde), só posso pensar que o saber técnico não está imune ao que Gramsci chama de "homem-massa" e à convivência de visões de mundo desagregadas e contraditórias (Gramsci, 1995, p. 12). Portanto, o saber técnico não é neutro. Ou ao menos, não o foi no nosso caso.

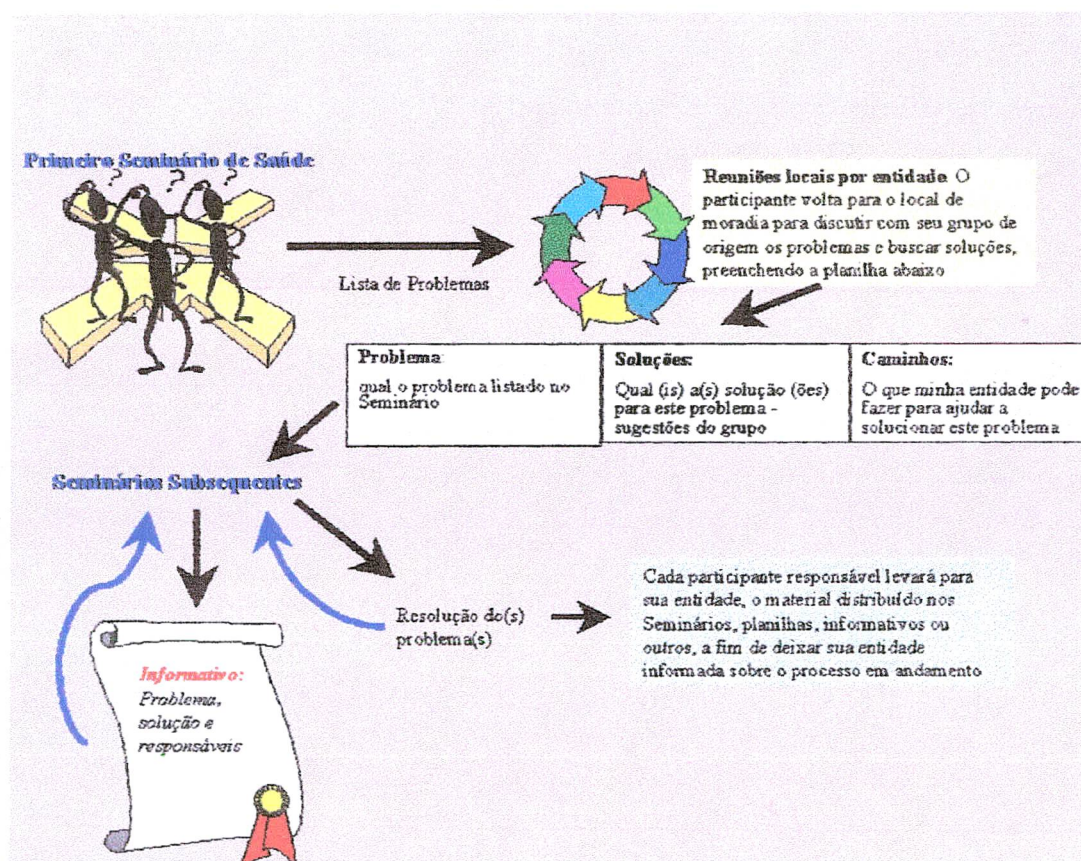
O que penso estar em jogo nessa história é a efetiva descentralização do poder, que se explicita não só nas relações em níveis federal, estadual e municipal, mas também nas relações e ações internas em cada nível, inclusive do municipal com o usuário.

A partir do segundo seminário, com o retorno da discussão de cada problema e de sua solução pelas entidades municipais, elaboramos um folheto informativo para cada município (em anexo) contendo os problemas listados e os ór-

gãos responsáveis por sua solução, conforme as conclusões das entidades. Este folheto objetivava orientar os municípios nos seminários futuros, sintetizando o ocorrido no primeiro seminário e nas reuniões das entidades, explicitando o problema e as instituições que auxiliariam na resolução deste. O esquema final do caminho dessa tecnologia pode ser resumido na figura da página seguinte.

O projeto Análise da Situação de Saúde Segundo Condições de Vida já havia sido incorporado aos trabalhos realizados nos municípios. A metodologia de realização sistemática de Seminários de Saúde para a discussão sobre os problemas e os encaminhamentos de suas soluções já era de domínio dos técnicos em saúde dos municípios, e, a partir desse momento, nós, monitores sediados no nível Regional e Estadual, perdemos o controle do processo, dada a dimensão que o Projeto havia assumido.

Diagrama 4 – Representação esquemática do PSS e Seminários Subseqüentes



O nosso problema era de falta de tempo. Ocorriam seminários de saúde em praticamente todos os municípios do Planalto Serrano ao mesmo tempo, e estando a Secretaria de Estado da Saúde fora do processo, não havia transporte, nem liberação para a participação nos mesmos. De qualquer modo, tentei participar do maior número possível de Seminários. Além disso, os monitores coordenavam os Seminários, e se articulavam no nível local para a resolução dos problemas encontrados. O processo ia muito bem.

No nível estadual, não se conseguia (assim como não se consegue até hoje) assimilar a autonomia dos municípios e da Regional de Saúde em determinar suas prioridades em saúde e o aumento da participação local nas estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde.

O diagrama 4 esquematiza o fluxo desenvolvido entre os Seminários de Saúde, a sua alimentação com as informações geradas a partir destes, a forma de encaminhamento para a resolução dos problemas e a inserção dos participantes, tanto nos Seminários, quanto nas entidades que estes representam.

Capítulo IV

Refletindo sobre alguns problemas resolvidos

Nos Primeiros Seminários de Saúde realizados nos 15 municípios do Planalto Serrano, foram listados um total de 318 problemas, já elencados anteriormente. Destes, 54 foram resolvidos quando se tomou conhecimento dos mesmos⁴². Em 1999, foram entregues aos responsáveis pela implementação desta tecnologia nos municípios de Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa e São Joaquim, questionários (conforme o ANEXO 3) para a verificação do andamento da resolução dos problemas.

Neste capítulo, teço considerações sobre alguns desses problemas resolvidos nestes municípios, refletindo sobre sua evolução, no período compreendido entre o início do processo e aquele que demarquei como ponto de avaliação desta tecnologia.

Para isso, faço uma adaptação do proposto em dois textos, respectivamente "Análise de Implantação", de Jean-Louis Denis e François Champagne (1997), e "Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde", de Emerson Elias Mehry e outros (1997).

Tento, naqueles problemas priorizados, cuja solução foi encaminhada e, passíveis de mensuração, listar o descritor de cada problema e os responsáveis por sua resolução. A eleição dos municípios acima e dos problemas baseou-se na possibilidade de associação do encaminhamento da resolução dos problemas ser determinada pelos Seminários de Saúde, pois, a partir da realização destes Seminários o problema foi debatido, priorizado e encaminhada sua solução.

⁴² Conforme atestam as planilhas e atas dos Seminários de Saúde.

A listagem destes problemas é colocada nesta tese com o objetivo de ilustrar a tecnologia, não havendo preocupação de minha parte em elencar todos os problemas resolvidos ou com solução encaminhada. A partir daí, relato a situação atual de cada um desses problemas priorizados e aqui colocados.

Torna-se necessário, antes de listar alguns dos problemas priorizados, lembrar que o critério de priorização dos mesmos, ocorreu seguindo o consenso dos participantes dos Seminários de Saúde, incluídos aqui os trabalhadores do setor.

Quadro 55 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Bocaina do Sul – 1997

Problema	Descritor	Responsáveis
1 - Falta de conservação da Igreja Matriz e do Salão Paroquial	Igreja e Salão Paroquial sem pintura e com rachaduras	Prefeitura e Comunidade
2 - Há muitos alcoólatras	Pessoas adultas e adolescentes que fazem uso excessivo de álcool ⁴³	Secretaria Municipal da Saúde e da Educação
3 - Falta de uma cooperativa agrícola	Nenhuma entidade de representação dos agricultores	Comunidade
4 - Falta de conscientização dos moradores sobre o destino e tratamento do lixo domiciliar	Lixo depositado a céu aberto e jogado nos rios	Comunidade e Prefeitura

A organização local para a resolução dos problemas não obedeceu a uma única regra, sendo que, em cada um dos municípios que realizaram o PSS e encaminharam a resolução dos problemas detectados, o processo foi diferente, não somente na sua organização, mas também nos atores sociais que participaram do mesmo. Do mesmo modo, em um mesmo município, a resolução de cada problema ocorreu de diferentes formas.

Bocaina do Sul realizou o PSS dois anos após os outros municípios, e, aqui, o processo foi liderado pelos agentes comunitárias de saúde, contratadas pela

⁴³ A Organização Mundial de Saúde define o alcoólatra como aquela pessoa que faz uso de álcool ao menos três vezes por semana.

Prefeitura Municipal e pelo Secretário de Saúde do Município, único profissional médico que se envolveu no trabalho.

Quadro 56 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 54 – Bocaina do Sul – 1999

Problema	Situação atual	Operacionalização
1 -	Igreja e Salão Paroquial conservados	Mutirão local, no qual a Prefeitura arca com o material e a comunidade com a mão de obra. Examinada a cada 6 meses
2 -	Sem mensuração	Articulação entre Secretaria Municipal da Saúde e da Educação, inserindo nas Escolas Municipais trabalhos – palestras e disciplinas – voltados à prevenção do uso de álcool e drogas em adolescentes
3 -	Criada a ACAI – Associação dos Agricultores de Bocaina do Sul	Articulação entre a Prefeitura e ACAI para a construção de um galpão no centro do município a fim de ser um espaço de venda dos produtos agrícolas
4 -	Implantação da coleta seletiva do lixo	A Prefeitura recolhe o lixo seletivo dos moradores do município e os paga pelo lixo reciclável com vales de compras, válidos para as empresas de Bocaina do Sul. Esses vales não são válidos para a compra de cigarros ou bebidas alcoólicas. Este trabalho tornou-se referência para outros municípios catarinenses.

Fonte: Seminários de Saúde, projetos, atas de reuniões informativo de saúde

É preciso ressaltar que, para verificarmos o impacto no processo saúde-doença de muitos problemas listados no PSS, há que realizarmos novas investigações, com outro instrumental, o que, neste momento, não é preocupação central. Minha preocupação agora, é relatar o processo de construção da TPPS.

Em Campo Belo do Sul, o processo ocorreu de forma diferenciada de Bocaina do Sul, tanto no que se refere aos atores sociais envolvidos, quanto na forma de resolução dos problemas. Aqui, houve a liderança da Secretária Municipal de Saúde, também monitora do projeto. A participação popular foi bastante significativa, contando, na Conferência Municipal de Saúde de 1998, com 200 participantes, e na de 1999, com 530 pessoas⁴⁴. Neste município houve uma articulação

⁴⁴ Segundo ata de presença da II e III Conferência Municipal de Saúde de Campo Belo do Sul.

da Secretaria Municipal de Saúde com outras Secretarias Municipais e com o próprio Gabinete da Prefeitura, agilizando e estimulando o processo de detecção e resolução dos problemas.

Quadro 57 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Campo Belo do Sul - 1997

Problema	Descritor	Responsáveis
1 – Falta de médico obstetra	Nenhum médico obstetra	Prefeitura
2 – Coleta de lixo não atende a demanda	Coleta de lixo semanal	Prefeitura
3 – Descaso com a conservação do cemitério local	Cemitério sujo e sem responsável	Comunidade e Prefeitura
4 – Falta de programas de incentivo à criação de hortas comunitárias	Nenhum Programa desenvolvido	Comunidade, Prefeitura, Secretaria da Educação e EPAGRI
5 – Falta de um abatedouro na região	Nenhum abatedouro na Região Serrana	Prefeitura e AMURES
6 – Falta de Programas de Saúde voltados para as reais necessidades da população do município	Inexistência de Programas de Cisticercose e Verminose	Secretaria Municipal de Saúde e Comunidade
7 – Contaminação das fontes de água do meio rural	95% das fontes contaminadas	EPAGRI, Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 58 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 56 – Campo Belo do Sul – 1999

Problema	Situação atual	Operacionalização
1 -	Contratação de um médico ginecologista	Com concurso público
2 -	Coleta de lixo diária	Reorganização do serviço de coleta de lixo
3 -	Melhor conservação do cemitério	Contratação de um funcionário responsável pela conservação do Cemitério
4 -	Realização de Concursos nas Escolas do interior para ver a melhor horta comunitária	Articulação entre Secretaria da Educação, EPAGRI e comunidade para a criação de hortas comunitárias
5 -	Implantação de um abatedouro na AMURES	Articulação das diversas Prefeituras Regionais
6 -	Implantação de Programas de Cisticercose e verminose, com a distribuição de medicamentos	Articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e as comunidades, com a realização de palestras e trabalhos voltados à detecção e tratamento desses agravos
7 -	Proteção de 12 fontes de água / realização mensal de análise da água	Articulação EPAGRI, Secretaria da Saúde, Educação e comunidade para a detecção das fontes contaminadas e sua proteção

Fonte: Levantamento de Problemas e Soluções

Quadro 59 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Correia Pinto - 1997

Problema	Descritor	Responsáveis
1 – Alto índice de prostituição infantil e gravidez na adolescência	Crianças e adolescentes que passam a ter comportamento sexual promíscuo e sem proteção/ 46% de gravidez em mulheres com menos de 19 anos (1994)	Secretaria Municipal da Educação, Saúde e comunidade
2 – Coleta de lixo não atende a demanda	Coleta de lixo 3 vezes por semana	Prefeitura
3 – Alto índice de alcoolismo e uso de drogas	Pessoas que passam a ingerir álcool e drogas de maneira prejudicial	Comunidade e Prefeitura
4 – Falta de atendimento de urgência e emergência	Nenhum serviço de saúde 24 horas	Secretaria Municipal de Saúde
5 – Falta de investimento na contratação e capacitação dos profissionais de saúde	Nenhum profissional de saúde com especialização, 31 profissionais no setor saúde	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde

No município de Correia Pinto, o trabalho trilhou outros caminhos. Foi coordenado pela monitora do Projeto de Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida, a qual, após alguns meses do início do Projeto, foi nomeada Secretária Municipal de Saúde.

Aqui, houve uma articulação acentuada entre a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal da Educação, que passaram a realizar conjuntamente atividades de prevenção ao uso de drogas, gravidez na adolescência e prostituição infantil. Importante também ressaltar que houve o envolvimento direto do Gabinete da Prefeitura nos trabalhos realizados a partir do PSS.

As Conferências Municipais de Saúde, realizadas nos anos de 1997 e 1999, segundo a lista de presença das mesmas, contaram com 80 participantes em 1997 e 153 pessoas, em 1999.

Quadro 60 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 58 –
Correia Pinto – 1999

Problema	Situação atual	Operacionalização
1 -	Sem mensuração / 39% de partos em menores de 19 anos	Articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e Educação com a inserção nas escolas da Rede Municipal, de disciplina voltada à sexualidade
2 -	Coleta de lixo diária	Reorganização do serviço de coleta de lixo, implantação de projeto de coleta seletiva de lixo, nos mesmos moldes de Bocaina do Sul
3 -	Criação de um grupo de AA – alcoólicos anônimos	Articulação Secretaria Municipal de Saúde, comunidade e AA de Lages
4 -	Criação de um serviço de saúde 24 horas	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde
5 -	Existência de 34 profissionais no setor saúde / Participação dos profissionais em cursos especializantes	Concurso Público Liberação parcial do trabalho

Fonte: Levantamento de Problemas e Soluções

Quadro 61 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em Otacílio Costa - 1997

Problema	Descritor	Responsáveis
1 – Erro no Censo do IBGE com subcontagem da população	15.637 habitantes segundo o Censo	Prefeitura e Comunidade
2 – Alto índice de alcoolismo	Pessoas que passam a ingerir álcool de forma prejudicial	Secretaria Municipal de Saúde e Comunidade
3 – Alto índice de analfabetismo	22% de maiores de 5 anos analfabetos	Comunidade e Secretaria Municipal da Educação
4 – Falta de atendimento de urgência e emergência	Nenhum serviço de saúde 24 horas	Secretaria Municipal de Saúde
5 – Falta de orientação para o cultivo da horta caseira	Nenhum trabalho de orientação ao cultivo da horta caseira	Prefeitura Municipal e EPAGRI

No município de Otacílio Costa, o trabalho foi mais lento. A monitora que iniciou o processo mudou de cidade. Apesar da então Secretaria de Saúde assumi-lo, o mesmo não avançou muito.

Quadro 62 – Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 60 – Otacilio Costa – 1999

Problema	Situação atual	Operacionalização
1 -	Erro no Censo, com a existência de mais 2432 pessoas	Articulação entre Prefeitura e Comunidade para o levantamento dos moradores locais. O IBGE não aceita Censos que não sejam realizados por ele
2 -	Coleta de lixo diária	Reorganização do serviço de coleta de lixo, implantação de projeto de coleta seletiva de lixo, nos mesmos moldes de Bocaina do Sul
3 -	Criação de um grupo de AA – alcoólicos anônimos	Articulação Secretaria Municipal de Saúde, comunidade e AA de Lages
4 -	Currículo do ensino básico revisado / Existência dos Cursos de Alfabetização para adultos – NAES	Articulação entre Secretaria Municipal de Educação e Comunidade
5 -	Orientação às famílias por técnico da Secretaria Municipal da Agricultura	Articulação entre Secretaria Municipal da Agricultura e Comunidade

Fonte: Levantamento de Problemas e Soluções

Em São Joaquim, novamente vemos algumas peculiaridades no processo. A monitora do Projeto Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida foi nomeada Secretária Municipal de Saúde, permanecendo no cargo até dezembro de 2.000. Foram articulados trabalhos com os agentes comunitários de saúde, Secretaria Municipal de Educação e implantada uma Usina de Reciclagem do Lixo.

Aqui, a Presidência do Conselho Municipal de Saúde não é da Secretária Municipal de Saúde, mas sim de um representante da comunidade eleito pelo próprio Conselho.

Em 1999, a Conferência Municipal de Saúde foi precedida de Conferências de Saúde nas localidades do município, que elegeram os representantes para a Conferência Municipal. Em 1998, a Conferência Municipal de Saúde contou com 203 participantes.

Aqui, os serviços priorizados pelo Conselho Municipal de Saúde para serem implementados, são coordenados por associações e entidades comunitárias locais.

Quadro 63 – Número de problemas priorizados segundo o descritor e responsáveis em São Joaquim - 1997

Problema	Descritor	Responsáveis
1 – Coleta inadequada do lixo	Depósito de lixo a céu aberto	Prefeitura e Comunidade
2 – Alto índice de alcoolismo e uso de drogas em adolescentes	Existência de adolescentes que fazem uso de álcool e drogas / quatro grupos de jovens existentes no município	Secretaria Municipal de Saúde, Educação e Comunidade
3 – Falta de sanitários no interior	50% das famílias do interior sem sanitários adequados	Comunidade e Secretaria Municipal da Saúde

Quadro 64– Encaminhamento dado aos problemas listados no Quadro 62 – Otacílio Costa – 1999

Problema	Situação atual	Operacionalização
1 -	Usina de Reciclagem do Lixo	Articulação da Prefeitura com a comunidade e conseqüente construção de Usina de Reciclagem de lixo
2 -	Sem mensuração / existência de 21 grupos de jovens no município	Articulação entre Secretaria Municipal de Saúde, de Educação e grupos de jovens já existentes
3 -	Construção de 500 sanitários	Projeto realizado em parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Nacional de Saúde

Fonte: Levantamento de Problemas e Soluções

Além dos problemas citados, outros tiveram sua resolução encaminhada, ainda em processo de desenvolvimento. O município de Lages foi citado no início deste capítulo para demarcar que aí a tecnologia não alcançou os mesmos resultados dos outros municípios aqui mencionados. Os problemas foram detectados e priorizados, mas sua solução não foi encaminhada, ou se perdeu no caminho.

O modo de resolver os problemas detectados, já foi largamente relatado nesta tese, mas os princípios que resultaram desse processo de implantação da tecnologia são o assunto que tratarei no próximo capítulo.

Porém, antes de passar ao próximo capítulo, menciono a importância da tarefa dos monitores, sem os quais esta tecnologia não seria implementada, ao menos com as características que lhe são peculiares.

Os monitores tornaram-se responsáveis pelo andamento dos trabalhos, desde a reflexão teórica sobre os rumos a serem tomados, até a operacionalização das soluções e ações implementadas.

Cada município obedeceu ritmo próprio de trabalho, sendo a ação de cada monitor diferenciada daquela de outro monitor, pelo modo de andar a vida local. Em comum, tiveram o respeito ao ritmo local de detecção, priorização e resolução dos problemas, a reflexão coletiva sobre os problemas detectados e as opções assumidas coletiva e localmente e, a coordenação do processo de implantação da TPPS e da resolução dos problemas priorizados, além do que, é claro, da própria construção da TPPS.

Nesse sentido, nada mais óbvio que a avaliação, por parte dos monitores, do processo de construção da TPPS e de suas possibilidades enquanto tecnologia capaz de possibilitar a participação popular em saúde e o planejamento de políticas públicas locais.

Em questionário aberto (ANEXO 4), aplicado a 5 monitores do inicialmente denominado "Projeto Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida", houve o consenso de que muitas coisas ainda não foram implementadas, mas esse Projeto trouxe uma nova forma de trabalhar em saúde, especialmente no que se refere à multiplicidade da determinação do processo saúde-doença e da importância das condições de vida nesse processo.

A questão número um, "Quando você pensa no Projeto Análise da Situação de Saúde Segundo as Condições de Vida, qual é a primeira coisa que você lembra?", suscitou as seguintes respostas:

"no nível sócio-econômico e comunidades pobres" (OC)

"saúde está intimamente ligada, relacionada, às condições de vida da população"(C)

"o tipo de vida que a população está levando, e o que pode ser feito para melhorar"(SJ)

"que foi muito bom, excelente, pena que algumas prioridades levantadas na época não foram priorizadas"(CBS).

Houve também consenso sobre o fato de o Projeto ter gerado mudanças no trabalho desenvolvido por cada monitor, especialmente no tratamento e uso dos dados e informações para o planejamento das ações de saúde.

Na terceira questão, que indagava sobre mudanças no trabalho desenvolvido pela Prefeitura, gerada a partir da implantação do Projeto, os monitores responderam que, naquelas Prefeituras que assumiram o trabalho, houveram mudanças significativas, tanto no estabelecimento de parcerias entre Secretarias Municipais, quanto entre a Prefeitura e a comunidade. Também foi mencionado o

"despertar (de algumas Prefeituras) para os cuidados do meio ambiente, construção de fossas, em lugar apropriado, a produção de alimentos orgânicos, campanhas de aleitamento materno, a nutrição, a prevenção com vacinas, água encanada no interior, currículo escolar mais adequado à situação de cada local" (C).

Para os monitores, o trabalho desenvolvido é

"revolucionário em termos de visão crítica das práticas de saúde e das possibilidades de mudanças em parceria com a comunidade"(CP)

De fato, no decorrer da implementação do Projeto, houve uma aproximação crescente dos monitores com os usuários dos serviços, onde cada qual contribuía a seu modo para a detecção, priorização e resolução dos problemas. Esta relação de aproximação aconteceu também entre as diversas Secretarias Municipais, que passaram a atuar articuladamente com a Secretaria Municipal de Saúde. Prova

disso é que muitos dos problemas enfrentados não estavam diretamente afetos ao locus saúde.

Os monitores também foram consensuais na necessidade de continuidade do trabalho, e na decepção pela falta de estímulo dos Governos Estadual e Federal para a implementação desse tipo de proposta, o que pude perceber nas seguintes respostas:

“pena que não continuou. Há necessidade de continuar, pois há desca-so do poder público, dos políticos, que deveriam conhecer melhor o tra-balho em saúde” (SJ)

“que deveria dar continuidade, Ter maior apoio e colaboração da Secre-taria Estadual de Saúde e Prefeituras”(CBS).

Ou, como colocou um monitor:

“o projeto estimulou um conjunto de fatores que estão tornando dinâmi-cas as potencialidades locais, isto é, realizando uma predisposição, um desdobramento que vai se tornando tendência. Isso para mim é desen-volver: dar seguimento a uma tendência. Por exemplo: homens e mu-lheres iguais quanto aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais – gênero. Diria que isso é saúde sustentável, porque melhora a vida das pessoas (homem e mulher), ou seja, desenvolvimento do gênero humano; de todas as pessoas (homens e mulheres) – desenvol-vimento social; das pessoas que estão vivas hoje, e das que viverão amanhã – desenvolvimento sustentável. Dito de outra forma, começa-se a perceber um trabalho participativo aqui e ali, e agora com o FORDIS – Fórum de Desenvolvimento Regional Equilibrado e Sustentado – AMU-RES, com câmaras temáticas integradas, um pouco mais amarrado e sistêmico” (C)

Resta, agora, continuarmos o trabalho, fruto do empenho, tanto coletivo, quanto particular destes profissionais que responderam ao questionário, além, é claro, de tantas outras pessoas que não relatei nesta tese.

Há mais uma questão que devo explicitar. A TPPS construída e aqui relata-da, resultou da reflexão sobre a existência de diversas alternativas de trabalho e a opção por algumas destas.

Interferiram diretamente neste processo de construção, a impossibilidade de aplicarmos a metodologia de Castellanos citada no início deste relato, e, especialmente, a realidade encontrada em cada município.

Como pudemos ver no decorrer desta tese, foram sendo abertos vários caminhos para a detecção e o enfrentamento dos problemas locais, o que coloca para nós, a certeza que esta tecnologia deve ser recriada em cada comunidade, respeitando e estimulando as particularidades locais. A simples implantação da TPPS sem o conhecimento local implica em sua incapacidade para o enfrentamento dos problemas.

Fica aqui, uma ressalva, a de que a TPPS tem limites. É fruto da experiência da construção de alternativas para a detecção e enfrentamento de problemas locais, e sua utilização deve ser recriada, a cada momento, em cada comunidade.

Canção para os fonemas da Alegria

Thiago de Mello

Peço licença para outras coisas,
antes e sempre pra continuar
Cantos de amor vividos plenamente

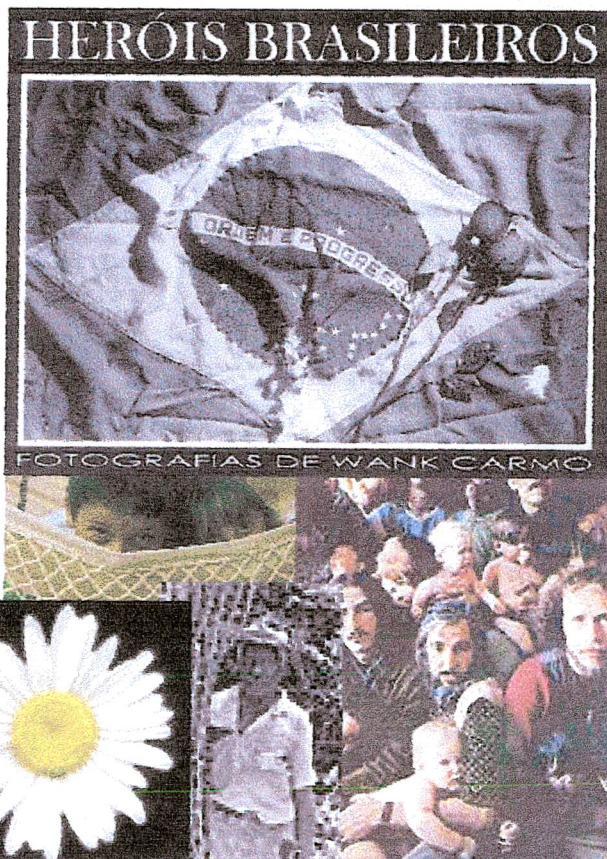
Ocorre-nos pronunciar amor
no soletrar contínuo dos encontros
que faz crescer a gente diminuída
Abrem-se portas para pronunciar
nos alfabetos vários mais distantes
as descobertas plenas de direitos
e revelar no chão do cotidiano
A casa, a rua, o salário magro
e mais que isso, um quadro de memórias
dos passos dos avós, das falas das mu-
lheres,
das flores que superam o agreste da vio-
lência, a fim de anunciar que a gente
submissa
faz-se potente em fala redimida.

Aqui cabana, a palafita adiante
do batustan às mil periferias
mundo de todos a vicejar palavras
para torná-las atos redentores
nas marchas, nos pregões, nas salas tos-
cas,
ressurgem mais sinais do aprendizado.
Em círculos de mínimos milagres
dizendo abertamente aos quatro ventos
que o mundo unido à força do ensinado
agora ensina a fala do dever.
Da sombra ao sol, da casa para a praça
da ingenuidade ao grito de mudança.

Peço licença para ver nascer
tantas mulheres, homens e crian-
ças.

Uma e tantas vezes nesta lida
Pois a peleja atravessa a história
tecendo os fios da justa boa-nova
e vendo o pouco ser multiplicado

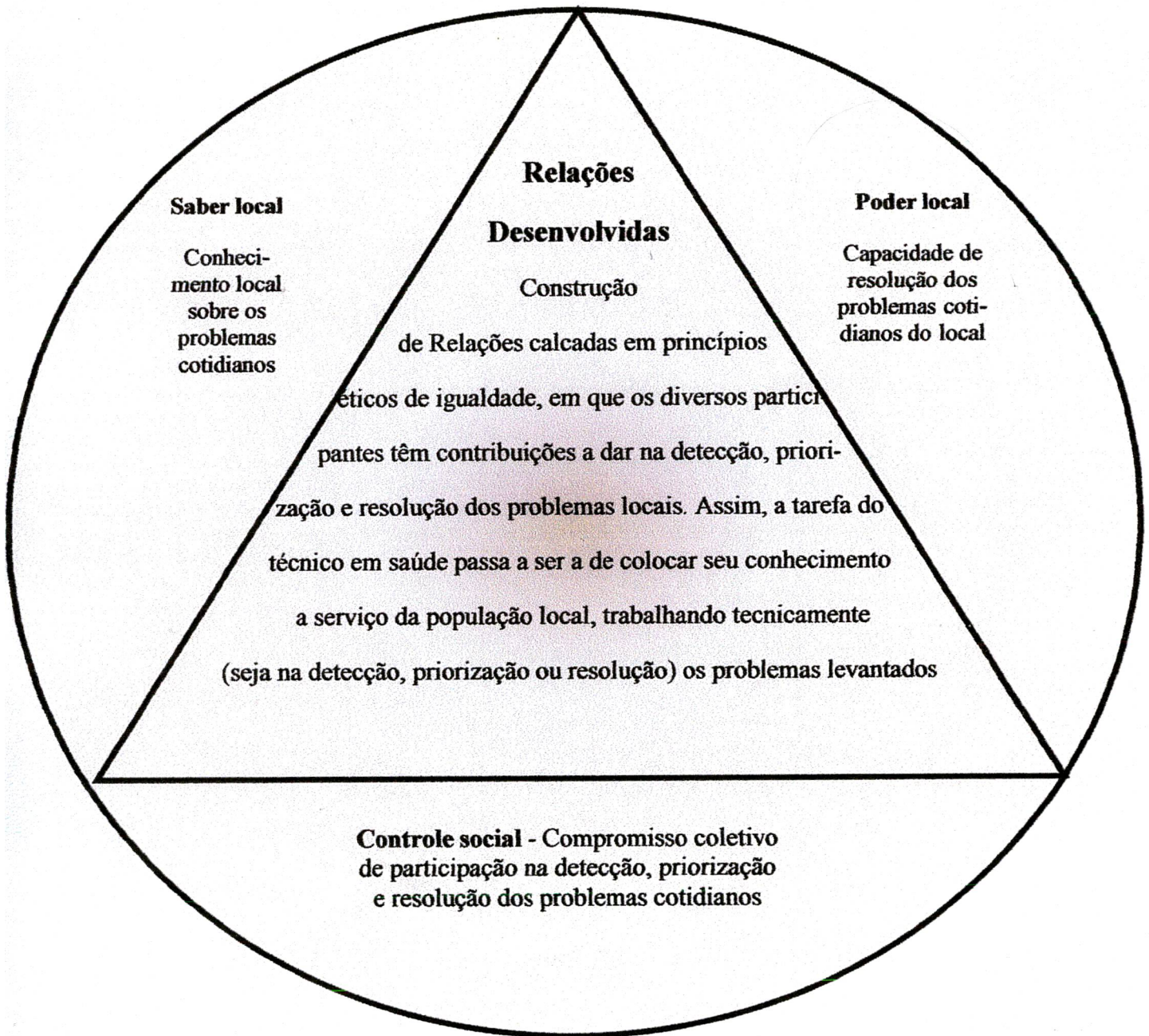
Na luta antiga contra a divisão
Começo, pois, na morte a ver a
vida,
a soletrar fonemas e canções,
fechando um coração e abrindo
tantos,
cantando o amor geral que em
nós cresceu
Antes e sempre prá não terminar



Capítulo V

Os Princípios resultantes da tecnologia

Diagrama 5 - Categorias componentes da Tecnologia de Participação Popular na detecção, priorização e resolução dos problemas de saúde



O diagrama acima sintetiza a reflexão sobre a tecnologia construída. A interação entre o saber local, o poder local e o controle social ocorre sob o prisma da construção de relações igualitárias, fraternas, democráticas e dialógicas⁴⁵, em uma época, como diria Dreifuss (1996, p. 325), de fim de milênio, com as “perplexidades de três processos estonteantes: globalização econômica e de modos de produzir, mundialização social e de modos de viver e planetarização política e institucional, dos modos de dominar”. Concomitante à globalização, mundialização e planetarização, presenciamos as contradições e os antagonismos da “afirmação e preservação de particularidades, localismos e singularidades”, num sistema repleto de contradições, que produzem, além de determinações sociais complexas, um sistema de relações que tendem a esta mesma complexidade.

A proximidade de um novo milênio, por si só, não nos remete automaticamente a lutas pela construção de alternativas aos regimes econômicos e sociais dominantes e à história de seus vencedores, ou ao declínio e emergência de culturas e sociedades locais, ou ainda, ao reconhecimento ou negação da pluralidade e complexidade da natureza humana, estranhamente questões intimamente ligadas às tendências de globalização, mundialização e planetarização. Mas nos leva a refletir sobre os conceitos assumidos acerca dos próprios fatos e da forma de apreensão dos mesmos. Dreifus (1996, p. 329) coloca:

“vivemos, em verdade, fenômenos atordoantes e desconcertantes, enfeitadores e inquietantes, que deixam a descoberto a inadequação de categorias e conceitualizações, espichadas até as raias do absurdo, para acomodar “acontecimentos-em-processos” e realidades qualitativamente diferentes – singulares, particulares, “específicos concretos” vividos ou acontecidos. Eles deixam em flagrante evidência, como nunca, não só a incapacidade explicativa das ideologias, mas sua inoperância para fornecer ‘harmonias cognitivas’ tranquilas e conclusivas”.

Atualmente,

“convivemos com diversas simultaneidades: do estatal, e do não estatal; do mercado – que não é auto-organizante de forma espontânea, mas é

⁴⁵ Conforme a noção de Leopardi, Maria Teresa, em texto apresentado na Semana de Enfermagem - UNIVALI – Itajaí – maio de 2.000 .

essencialmente institucional e costumeiro – e do governo; do fronteiro e do transnacional; do comunitário e do particular; do público e do privado; do físico e do virtual”(Dreifuss, 1996, p. 330).

As sociedades tornam-se mais complexas num tempo cada vez menor, novas realidades irrompem com rapidez alucinante e velhas transformam-se continuamente, de modo que se torna difícil visualizar e organizar, em termos de conhecimento e ação, a diversidade e a multiplicidade de diversidades. Questionamentos antigos são acrescidos de novos e/ou mesmo mudam de significados.

“Pergunta-se o que seja “bem comum” (ou “da maioria”, ou “de todos”) e como alcançá-lo, mas tendo que considerar os diversos padrões e referências de satisfação individual? Como fazer para maximizar e preservar a liberdade perante a autoridade, a regulamentação e o controle? Como assegurar o exercício da autoridade sem ofender a iniciativa do indivíduo? Como lidar com os mecanismos e práticas de exclusão embutidos nas instituições e nas mentalidades? Como compartilhar, de forma legítima e legal, de bens societários que requerem uma designação prévia, pois somente ao consensualizar a sociedade a respeito de quais seriam haveria possibilidade de apropriar-se deles, efetivamente”(Dreifuss, p.330).

Estas foram questões que estiveram constantemente presentes em todo o processo aqui relatado, acrescentando ao esforço prático uma direção teórica, pela constante necessidade de agregar ao ato a reflexão sobre sua adequação técnica e ética, especialmente sobre as conseqüências de cada decisão.

De algum modo, esta tese tenta, pois, responder a essas reflexões. De forma simples, é claro, este trabalho contém algumas respostas, e, provavelmente, também a outros questionamentos, de muitas outras pessoas preocupadas com as mudanças nas relações sociais vigentes.

As respostas dadas a estas questões foram (e estão sendo) construídas passo a passo, fruto, para fins desta tese, de seis anos de trabalho e do envolvimento de muitas pessoas, como este relato demonstra. A tentativa de resposta a algumas das questões colocadas por Dreifuss têm, como local predominante de origem e desenvolvimento, o município, lugar de moradia das pessoas, onde consideramos haver a possibilidade de apreensão das singularidades e multiplicidades deste final de milênio, sob uma perspectiva de vivência concreta cotidiana,

tentando uma aproximação com a riqueza e a complexidade da vida individual e coletiva das pessoas em seu local de moradia, trabalho e vivência, lugar onde efetivamente se dá a intervenção e a mudança na história humana.

O espaço se refere, portanto, ao espaço local, seja ele o município ou a comunidade. O município como primeiro nível de representação democrática do território, definido jurídica e territorialmente, como um espaço limitado, onde as pessoas vivem e têm poder e autonomia na condução de suas políticas locais (sejam elas econômicas ou não).

“Os municípios são os espaços naturais onde se produzem trocas entre homens e mulheres. Onde são mais dinâmicas as relações culturais, econômicas ou sociais (...). o que significa que a maior presença local na vida cotidiana não pode ser uniforme, mas sim assimétrica e imaginativa” (<http://www.martos.com/psoe/principios.htm>).

Este raciocínio é semelhante à noção conferida à comunidade, que pressupõe um caráter de identidade cultural, ou, como diria Morin, cultural e histórico.

“É cultural por seus valores, usos e costumes, normas e crenças comuns; é histórica pelas transformações e provações sofridas ao longo do tempo. [com] destino comum, memorizado, transmitido, de geração a geração, pela família, por cânticos, músicas, danças, poesias e livros; depois pela escola, que integra o passado nacional às mentes infantis, onde são ressuscitados os sofrimentos, as mortes, as vitórias, as glórias da história nacional, os martírios e proezas de seus heróis” (Morin, 2.000, p. 67a).

É com base na sua implantação neste espaço municipal que o SUS tem sido discursado desde sua inclusão na Constituição Federal Brasileira de 1988. O Artigo 196 dessa Constituição reza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, tendo como diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Constituição Brasileira, 1988).”

Estas diretrizes desdobraram-se, conforme a Lei 8080, de 19/09/1990, em novos papéis dos governos de nível local, estadual e federal. Interessam duas questões: a participação da comunidade, já vista no parágrafo III do artigo 196 da Constituição, e o artigo 18 da Lei acima, parágrafo II, cabendo ao município - "participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual".

Além dessas, A NOB/SUS 96 – publicada no DOU, de 6/11/96, por meio da Portaria n.º 2.203 e alterada pela Portaria 1882, de 18/12/97, teve sua meta assim definida pelo Ministério da Saúde: "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes...".

Apesar dessas referências legais, a implantação do SUS, até hoje, segue por vias transversas, conforme foi visto no decorrer desta tese. Espesim (2.000), em pesquisa realizada junto aos gestores municipais de saúde de Santa Catarina, evidenciou a posição tímida do gestor estadual frente ao processo de descentralização do SUS. Para ele, foram alguns dos motivos de retardo no desenvolvimento dos preceitos Constitucionais do SUS:

"a perda de sua função de prestação direta de serviços de saúde, como primeira consequência no processo de municipalização; a coexistência, em seu interior, de duas culturas institucionais distintas e inadequadas às exigências do SUS – assistência médica inampiana e cultura sanitária; as contradições advindas da incapacidade administrativa de solucionar alguns problemas gerados no processo de municipalização, bem como a instituição de novas instâncias e mecanismos de gestão e controle social" (Espesim, 2.000, p. 72).

Estes são alguns indícios da operacionalização do SUS em Santa Catarina, que remetem a um planejamento e gestão do nível central para o local. Os motivos pelos quais sua implantação trilhou esses descaminhos, que se cristalizaram nas situações citadas acima, além das outras citadas anteriormente, não me interessam sobremaneira nesse momento, pois estava mais preocupada em enfrentar a

existência de relações verticais na execução do SUS, oriundas no nível central em direção aos níveis locais, apesar dos discursos em contrário.

Um dos documentos preparatórios para a XI Conferência Nacional de Saúde –CNS - reflete o seguinte sobre o SUS na atualidade:

“Políticas de saúde tradicionais com características conservadoras voltaram a ser implantadas. São programas pontuais, descontínuos, verticalizados e campanhistas, cuja baixa efetividade pode ser medida pelos atuais indicadores de saúde; pela dificuldade de acesso dos usuários às ações básicas, especializadas, de alto custo, de apoio ao diagnóstico e terapia, como medicamentos, e pelas características do quadro de recursos humanos existente no sistema.

Tudo isto aponta para ações que solapam a *universalidade*, a *integralidade* e a *equanimidade* do acesso às ações e serviços de *promoção*, *proteção* e *recuperação da saúde*, com o agravante de atuarem no espaço administrativo, de definição de regras e normas do SUS, fugindo ao embate político sobre os princípios que buscam subverter (Neto e outros, maio/2000 - http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/respeito_do_tema_da_11.htm) “

Continuando, eles apontam que

“ao longo do tempo, os Conselhos de Saúde envolveram-se cada vez mais com os grandes temas da política nacional de saúde, deixando a um plano secundário as questões referentes aos espaços onde se produz a atenção à saúde, especialmente a assistência. As duas dimensões da política de saúde são fundamentais e devem estar articuladas e realizadas ao mesmo tempo. Portanto, é necessário retomar a discussão sobre o cotidiano dos serviços de saúde. É no espaço das Unidades assistenciais que ganha materialidade ou não, as grandes diretrizes da política de saúde (o SUS) (idem)”.

Para esses autores, o tema da XI CNS : "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social",

“abre uma oportunidade para se colocar os Conselhos, *prioritariamente*, próximos da realidade sob a qual estão inseridos os trabalhadores e usuários dos serviços. Mais do que isto, centra o debate sobre o *controle social* da Atenção à Saúde, naquilo que é o grande estrangulamento neste espaço, o *acesso*, a *humanização* e a *qualidade*, sem perder de vista a necessidade de um efetivo *controle social* sobre a Gestão do Sistema, que é a garantia de que as políticas definidas ao nível da Conferência, sejam realmente encaminhadas em benefício dos usuários e dos trabalhadores” (idem) .

Surge, aqui, ainda de forma incipiente, a visão de que é necessário inverter a lógica predominante no planejamento e execução das ações e políticas de saúde no Brasil, tanto no que se refere ao modelo organizacional vigente, composto pelos níveis municipal, estadual e federal, quanto no que diz respeito internamente ao nível municipal, seja no planejamento e execução das ações e políticas de saúde dentro do próprio município, seja nas relações travadas entre os diversos atores sociais pertencentes a esse município (governo municipal, trabalhadores em saúde e usuários dos serviços de saúde).

A preocupação explicitada na XI CNS, a ser realizada em dezembro de 2.000, tem feito parte de nossas (minha e dos demais participantes) reflexões desde o início da construção da TPPS, gerando, inclusive, a questão de tese já colocada, e o próprio relato que ora teço.

No entanto, vou em um sentido um pouco diferente daquele mencionado por Neto e outros (2.000) no texto preparatório da XI CNS, particularmente em dois aspectos. A primeira questão que vejo é que se deve ampliar ao máximo o número de participantes das decisões locais sobre as ações de saúde, tomando o Conselho Municipal de Saúde um facilitador da participação cidadã e o coordenador do processo municipal de planejamento e execução das ações e políticas de saúde local. Nesse sentido, a proposta de Neto e outros avança em relação à realidade posta, e, na nossa proposta, há a radicalização daquela de Neto e outros (2.000), de aproximar os Conselhos Municipais de Saúde dos usuários e trabalhadores dos serviços de Saúde, afirmação que constitui, por si só, um desvio dos preceitos da Reforma Sanitária, já que os Conselhos de Saúde teriam, como uma de suas premissas, a de serem representativos da população que os elegeu.

O segundo aspecto centra-se no espaço de implementação do SUS. Do planejamento centralizado, no qual as ações são determinadas de forma vertical, do nível central ao local, nesta proposta inverteu-se, possibilitando o planejamento e a execução das ações com base em relações igualitárias (e horizontais), tanto no nível local, quanto na relação entre esse nível e o mais central.

Há, pois, uma reversão para a horizontalização, sustentada pela participação cidadã e democrática, constituída em três dimensões das relações sociais: o saber local, o poder local e o controle social, aqui analisadas sob prisma particular, como poderemos ver a seguir.

Esta experiência, de colocar no seu lugar o processo de participação cidadã, tinha como premissa a inclusão desse novo conteúdo à forma das relações estabelecidas, ou seja, de construir planos de horizontalidade, nos quais o saber, o poder e o controle seriam resignificados, numa “dia-lógica” pela emergência da “equi-diversidade”, como o proposto por Leopardi (2000).

O local, seja ele o município, parte do município ou comunidade é a base do trabalho, e sem esta referência seria impossível obter os resultados relatados. Moisés (In: Dalari, 1985, p. 14) refere que

“as Prefeituras e as formas de articulação política municipal são a face local do Estado, a face local do poder, que tem um papel fundamental para manutenção do conjunto das relações de dominação na sociedade”.

Isso confere uma nova dimensão à questão da localização, no sentido de ser município o local de origem e chegada do planejamento e execução das políticas públicas e das ações de saúde, início e fim também do processo de planejamento em saúde, conferindo maior decisão e controle local sobre elas, ainda que possam ter pontos de convergência com políticas de caráter estadual ou nacional.

Longe estou, portanto, de diminuir a importância de outras instâncias que não aquelas municipais, as de cunho regional, estadual ou federal, até mesmo porque muitas ações de saúde só têm sentido nestes níveis⁴⁶. Apenas coloco a necessidade do desenvolvimento de novas formas de articulação entre os diversos níveis, de modo que caiba ao município ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, em todos os sentidos dessa expressão, ou seja, ser porta de entrada no

⁴⁶ Como, por exemplo, as ações direcionadas ao enfrentamento de epidemias ou as referências de serviços de maior complexidade, no qual a articulação tem de ser em níveis mais elevados do que o espaço municipal.

planejamento e execução das políticas de saúde e finalidade deste mesmo planejamento e políticas. Nada mais lógico e antigo do que esta afirmação, sistematicamente esquecida e deturpada, a ponto de um dos textos preparatórios da XI CNS mencionar a volta dos programas pontuais, descontínuos, verticalizados e campanhistas (Neto e outros, 2.000). Por isso a reafirmação da importância local.

O local aqui é visto sob a ótica das pessoas que o ocupam, pois, os municípios e comunidades só existem porque pessoas os criam. O saber local só existe quando pessoas o possuem, referente ao conhecimento que elas têm de sua história coletiva, seus cotidianos e dos problemas deles decorrentes. Uma visão parcial, de um único ator (ou grupo), seja ela técnica, ou governamental, ou mesmo das camadas mais populares, não comporta a complexidade da vida cotidiana local. Do mesmo modo, o conhecimento exclusivo de fatos que ocorrem em outros locais⁴⁷, apesar de demonstrar uma apreensão da vida em geral e até um domínio dos acontecimentos gerais, não expressa a riqueza da vida cotidiana da coletividade à qual as pessoas pertencem.

O poder concentrado é que determina sistemas não democráticos, ao passo que o poder distribuído (ou conquistado) entre as parcelas de uma população, representadas por associações, sindicatos e grupos comunitários ou mesmo indivíduos, implica no reconhecimento da participação como forma de convivência. A esfera pública constitui o elemento aglutinador das vontades coletivas e individuais.

O saber local é desenvolvido com base na vida cotidiana das pessoas e se refere a ela (coletiva e individual). É ela e nela que estão as condições concretas para que as comunidades possam detectar, priorizar e resolver os problemas.

Quanto mais próximos estivermos da vida concreta das pessoas, mais conhecimento teremos dos problemas afetos a elas e maiores serão as possibilida-

⁴⁷ O conhecimento de fatos mundiais, considerados de "grande importância", como a alta do dólar, a queda da bolsa, as guerras etc.

des de produção de ações conseqüentes, em síntese com outros níveis de conhecimento, do científico ao religioso.

O saber local não se restringe à simples coerência dada aos problemas percebidos como tal pelas pessoas aos indicadores estatísticos. Por mais sofisticadas que sejam as técnicas estatísticas, muitas questões detectadas não são passíveis de mensuração. O saber local transcende-as e pode tê-las como um instrumento auxiliar no conhecimento da realidade.

Não pode ser confundido, porém, com opinião pública, pois sua base é o conhecimento da realidade local, de pessoas que nela vivem e que a transformam. Aqui, diferentemente da opinião pública, a riqueza e complexidade da própria vida é ressaltada e se parte da multiplicidade de visões de mundo como forma de conhecer melhor o próprio cotidiano, deixando distantes as distorções próprias da ideologia de massas. Diferencia-se da opinião pública por conter como elemento chave a participação, portanto, também a enunciação coletiva dos fatos da saúde. Utilizo-me de Sánchez (1997, p.2), que considera participação cidadã

“no sentido de tomar parte (do indivíduo para o todo) na gestão do coletivo, da coisa pública. E a coisa pública (*res publica*) é aquilo que afeta e interessa a sociedade em seu conjunto, não é monopólio exclusivo do Estado (...) . Participar não é somente colaborar, nem opinar sobre determinado assunto ou atuação. Não é informar, ou sentir-se informado do que fazem os seus representantes. Participar supõe um mais de vontade, de intervenção, um sentimento de pertencimento a uma coletividade, a um grupo, a uma cidade” .

A participação não pode ser reduzida àquela permitida pelos governos. Ainda, Sánchez (1997, p.2), acrescenta que

“pretender reduzir a participação na coisa pública ao que permitem os canais desenhados pelos poderes públicos é desconhecer a importância da atividade associativa nas cidades, é limitar a idéia de participação à emissão de opiniões a respeito das atuações administrativas”.

Sánchez (1997, p.4) também diz que participar é um verbo, um processo, uma ação, uma dinâmica. “É um processo dinâmico, ativo, onde cada um dos atores tem de ter claro quem é seu aliado” .

Há um problema aqui. A informação é essencial para o saber local e a participação cidadã. O conhecimento de cada indivíduo sobre o que se passa no seu município, sobre as decisões tomadas pelos organismos locais (sejam eles governamentais ou não) em relação aos projetos e ações sobre os problemas encontrados, possibilita a participação individual nos organismos locais (sejam eles governamentais ou não).

O saber local depende da articulação dos diversos atores sociais e da possibilidade de explicitação das diversas visões de mundo, de cotidiano e de problemas percebidos. Quanto maior o número de participantes do processo, mais próximos chegamos da realidade local. Quanto mais visões explicitadas, mais possibilidades temos de apreender a complexidade da vida cotidiana. Aqui a pluralidade é bem vinda e perpassada pelo reconhecimento de que a explicitação do conflito reflete a riqueza da própria vida, vista agora como instrumento essencial para o conhecimento da realidade⁴⁸. O conflito, entendido não como a existência de antagonismos, como já foi discutido, no qual a vitória de uma visão dependeria da derrocada de outra(s), mas como parte integrante da vida, reflexo da multiplicidade de visões.

Nesse sentido, seu reconhecimento torna-se sua superação, e o saber local passa a conter também o conflito e a busca do interesse geral, o que afeta a uma generalidade de pessoas. E, como diz Sánchez,

“é no caminho da realização dos interesses gerais, das diferentes visões, contraditórias entre si, plurais e diversas que a coisa pública é gerida. Não há um único caminho, um único jeito, um único agente interventor (1997, p.3)”.

Morin, ao tratar do elo vital entre democracia e diversidade afirma que a necessidade do resgate dos valores que pressupunham, embora invertido em sua concepção burguesa, uma nova possibilidade de relações, pois

“a democracia necessita ao mesmo tempo de conflitos de idéias e de opiniões, que lhe conferem sua vitalidade e produtividade. (....). Desse

⁴⁸ A discussão sobre o conflito já foi tratada no decorrer desta tese.

modo, exigindo ao mesmo tempo consenso, diversidade e conflituosidade, a democracia é um sistema complexo de organização e de civilização políticas que nutre e se nutre da autonomia de espírito dos indivíduos, da sua liberdade de opinião e de expressão, do seu civismo, que nutre e se nutre do ideal *Liberdade/Igualdade/Fraternidade*, o qual comporta uma conflituosidade criadora entre esses três termos inseparáveis. (2.000, p. 108b)”.

Assim, os conflitos conferem vitalidade à democracia, que vive das pluralidades e das concorrências. Esta perspectiva dá uma nova interpretação sobre o segundo eixo considerado, a questão do poder local, visto agora não mais sob a ótica da hegemonia de grupos e/ou atores sociais, mas sim a partir da capacidade de autonomia local, dada pelo enfrentamento e resolução dos problemas detectados, além de ser fundamentalmente a expressão da capacidade de decisão sobre o processo.

O que entra em jogo é a força coletiva e a participação cidadã na definição de um problema e no encaminhamento de sua solução, constituídos pela experiência do poder distribuído. A partir do momento em que haja o conhecimento dos problemas locais, sua solução é discutida, encaminhada e avaliada.

No caso deste trabalho, o poder local não se refere a capacidades individuais (sejam estas de uma pessoa ou grupo) de enfrentamento dos problemas, mas ao coletivo, constituído por vontades individuais que se expressam mutuamente. É o coletivo que define o que seja problema, prioriza-o e encaminha sua solução. A obtenção dessa(s) solução (ões) é, portanto, uma vitória da coletividade, uma afirmação de um tipo de poder pleno de potência para o desenvolvimento social, porque constituído efetivamente por pessoas concretas.

Reafirmando, é um poder local e não individual, ainda que, a separação indivíduo/sociedade seja muito tênue e confusa, pois, como afirma Morin

“indivíduo e sociedade existem mutuamente. A democracia favorece a relação rica e complexa indivíduo/sociedade, em que os indivíduos e a sociedade podem ajudar-se, desenvolver-se, regular-se e controlar-se mutuamente” (2.000, p. 107a).

Para ele, essa dupla determinação indivíduo/sociedade nas democracias ocorre porque os cidadãos produzem a democracia, que produz cidadãos, porque

estas sociedades funcionam “graças às liberdades individuais e à responsabilização dos indivíduos” (idem, p. 107), ou seja, tornam-se efetivamente uma unidade dialética que, tendo naturezas distintas, complementam-se e se afirmam mutuamente.

Mas devem contribuir para o que Sánchez (1997) diz ser o esboço de um projeto próprio, de uma finalidade própria, articulando-se com a participação cidadã, instrumento que possibilita o caminhar para a e com a construção dessa finalidade proposta coletivamente, retornando, de certo modo, às idéias de Rousseau.

Mais uma questão deve ser tratada aqui, a das relações desenvolvidas entre os trabalhadores do setor saúde e os usuários dos serviços, ambos cidadãos, atores políticos com capacidades particulares e visões de mundos distintas, compatíveis com sua inserção no mundo. Cabe aos trabalhadores do setor saúde a tarefa de colocar seus conhecimentos a serviço do saber e poder locais, articulando as diversas visões de mundo existentes no município, com o objetivo de traduzir a linguagem coletiva e popular em ações pertinentes específicas do setor saúde, permitindo a emergência do controle social.

Essa tarefa transcende o simples conhecimento técnico, explicitando-se em uma postura do técnico em saúde de estímulo à diversidade de idéias e de respeito aos diversos participantes do processo de detecção, priorização e resolução dos problemas encontrados. O conhecimento técnico é colocado a serviço da vontade coletiva.

A capacidade coletiva de conhecimento dos problemas e construção das soluções fundadas nestes moldes leva-nos, portanto, ao terceiro eixo: o do controle social, aqui entendido como as regras estabelecidas para a detecção, priorização e resolução dos problemas, e não simplesmente a fiscalização sobre a atuação de entidades governamentais ou não governamentais, embora também a contenha.

O controle é exercido pelo coletivo na avaliação do processo de solução dos problemas detectados e no compromisso prévio dos atores sociais em contribuir para buscar soluções.

Rousseau elabora o que intitula de “contrato social”, no qual, segundo ele, todas as cláusulas reduzem-se apenas a uma só:

“a alienação total de cada associado com todos seus direitos à toda comunidade, pois primeiramente, cada um se dando por inteiro, a condição é igual para todos, e a condição sendo igual para todos, ninguém tem o interesse de torná-la onerosa para os outros”(2.000, p. 36).

Para ele, o contrato social é a base de toda sociedade civil e é na natureza desse contrato que devemos procurar a base da sociedade que ele forma.

Atualmente, há o reconhecimento de que o poder público (mesmo sob os auspícios da tão propalada democracia) não abarca a riqueza da vida das cidades. Assim, afirma Sánchez :

“a prática democrática consiste em escolher regularmente os representantes que irão dirigir as instituições do Estado, que não exaurem, nem de longe, as formas de participar da coisa pública. É uma condição necessária, mas absolutamente insuficiente. A complexidade das sociedades, os âmbitos competências dos diferentes poderes que conformam o Estado, requerem intervenções políticas rigorosas e eficazes, exigindo total dedicação dos responsáveis (1997, p. 3)”.

Sánchez acrescenta que, apesar da eleição direta ser uma das formas de garantia da participação cidadã,

“o sistema eleitoral e o sistema de funcionamento dos partidos políticos e instituições por si só não resultam em uma intervenção direta da cidadania na gestão dos assuntos públicos . (...) As decisões tomadas nos diferentes níveis de governo (local, autônomo ou central) são, na sua grande maioria, desconhecidas, quando não ignoradas pela maior parte dos cidadãos, que, unido a percepção da política como algo perverso, comporta um alheamento da questão social que diz respeito à gestão da coisa pública . (1997, p. 3)”

Se, por um lado, há esses limites da administração governamental, por outro, a conduta do gestor municipal é essencial no sentido de estimular a participação cidadã e reforçar o compromisso ético com o conjunto de seus moradores.

Além disso, as prefeituras detêm um poder que, se não é o poder do Estado, tem uma imensa soma de recursos: “dinheiro, máquina administrativa, possibilidade de usar alianças” (Moisés, IN: Dalari, 1985, p. 21), acrescentado ainda o fato de que os governos locais representam um conjunto de pessoas que, conscientemente ou não, elegeram os dirigentes da administração municipal, o que reforça a idéia de Sánchez de que, apesar da administração pública ser condição insuficiente para a participação cidadã, ela é essencial.

Todo esse esforço coletivo não terá a continuidade e o impacto esperados se não for assumido pelas instituições municipais responsáveis pela administração e gerência local – o gestor municipal. Pois, se a participação cidadã confere a essa tecnologia um status de planejamento de políticas públicas locais calcadas no saber e poder locais, sua consolidação ocorrerá com a participação do gestor municipal, que possibilitará a institucionalização da mesma, com caráter de mudanças significativas no modo de planejar e agir sobre os problemas locais, como legítimo representante que é desta mesma comunidade.

Do que falei acima, posso ver que esta tecnologia depende não somente da participação efetiva de todos atores sociais envolvidos, independente de seu locus de atuação, como também do seu comprometimento com a vontade coletiva.

A TPPS construída enquadra-se no que Nietzsche (1999) define como tecnologia emancipatória. Para ela, tecnologia é o

“conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com finalidade prática específica”(32).

Uma tecnologia deve, portanto, ter uma finalidade prática, ser útil para a resolução de questões práticas específicas, que, no nosso caso, foram a detecção, priorização e resolução de problemas de saúde debatidos coletivamente pelos moradores dos municípios envolvidos no processo.

Mendes Gonçalves, ao estudar o processo de trabalho em saúde na rede pública de São Paulo, constatou que tecnologia é um "conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social" (1994, p. 35). Quer dizer, além de ter finalidade prática, uma tecnologia também está inserida na totalidade social, expressando a complexa teia de relações desenvolvidas pelos diversos atores sociais durante sua realização.

O problema que se coloca aqui, é, então, o de se saber a que finalidades uma dada tecnologia deve objetivar. Barroso (1983) coloca critérios para que uma tecnologia seja apropriada, entre os quais estão o de ser determinada a partir das necessidades, ser factível economicamente, ter uma base científica, ser concorde com a cultura local, utilizar ao máximo os recursos disponíveis na comunidade, estar em harmonia com o meio ambiente, ser assimilada, controlada e mantida pelo pessoal local e ser passível de domínio público. Vejo que a TPPS por nós construída segue tais critérios e, além disso, coloca-se como uma tecnologia que reforça e estimula o controle social, o domínio público, a utilização de recursos próprios e a harmonia com o meio ambiente.

Daqui vem a adequação à definição de Nietzsche (1999: 139) sobre tecnologia emancipatória, que, para ela, caracteriza-se pela

"apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos, que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e da cidadania, tendo como condição a possibilidade de experienciar liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam encontrar a sua auto-realização"

Visto isso, analisemos um pouco mais, agora de forma sintética, a TPPS por nós construída. Há algumas questões que gostaria de salientar, que ficaram evidentes na presente tese e sem as quais este relatório ficaria incompleto.

A primeira questão que fui percebendo na elaboração desta tese, foi a de que a TPPS explicitou uma coerência entre os problemas detectados nos Primei-

ros Seminários de Saúde e os indicadores estatísticos e epidemiológicos, reforçando o pressuposto inicial de que somente quem vive determinada realidade conhece seus problemas e tem a possibilidade de enfrentá-los. E que, quanto maior o número de participantes dos Seminários de Saúde, mais rica e completa fica a lista dos problemas detectados⁴⁹, o que nos mostra que a TPPS, mesmo sendo mais trabalhosa do que a simples análise estatística e epidemiológica, possibilita o conhecimento mais profundo da realidade. Por isso contem uma relação íntima entre o saber local e o poder local, sendo o primeiro dado pela capacidade de conhecimento do cotidiano vivido e dos problemas aí existentes, e o segundo, pela possibilidade de enfrentamento dos mesmos.

Outro aspecto evidenciado é aquele relacionado às formas de enfrentamento dos problemas detectados, que na TPPS abriu a perspectiva da emergência de relações de maior solidariedade entre, especialmente, os usuários dos serviços de saúde e os trabalhadores desses serviços, questão esta colocada como um dos eixos centrais na XI Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em dezembro de 2.000.

Há ainda a consolidação desse processo, que entendo estar articulada com a resolutividade da TPPS, dada não só pela capacidade de resolução concreta de alguns problemas detectados, mas também pela forma como essa resolução ocorre, na qual, governos locais e usuários unem-se para, coletivamente, resolverem os problemas percebidos como tal, cada um assumindo parte da responsabilidade, tanto na detecção, quanto na construção das soluções, o que conforma uma nova forma de controle social, fundado na fiscalização coletiva da resolução conjunta dos problemas, e não mais na simples exigência de que outros os resolvam, ou na imputação irresponsável de responsabilidades a terceiros. As relações sociais que a TPPS possibilitam vêm ao encontro ao do que muitos pensadores, preocupados com as questões atuais têm defendido, entre eles Dreifuss, Morin e Sánchez, como pudemos ver neste capítulo.

⁴⁹ Incluindo os técnicos dos diversos setores, inclusive o de saúde.

Uma outra coisa tenho de mencionar sobre a TPPS. Refere-se a sua aplicabilidade, que, se avançou em alguns municípios, em outros, não, ou seu desenvolvimento aconteceu em ritmo mais lento. O que percebo é que o governo municipal é peça central na aplicação do TPPS, e, caso o gestor do município não se envolva com esta tecnologia, sua realização torna-se praticamente impossível. Além disso, há também que pensarmos no número de moradores de um município como um fator de emperramento ou facilitação de seu desenvolvimento. Esta questão pode ser enfrentada se dividirmos o município, realizando Seminários de Saúde por local de moradia, confluindo-os para um último, de cunho municipal. Mas, como esse trabalho terá, com certeza, continuidade, novas alternativas deverão de ser criadas. O processo vivido ensinou-nos que o caminho é o próprio caminhar, onde seus princípios e objetivos cristalizam-se a cada momento e cada passo. O fim é o próprio caminho, e é nele que aprendemos. Dia a dia, passo a passo, esta é parte da história que tentamos construir.

Considerações finais

A presente tese originou-se de trabalho desenvolvido desde o ano de 1993 nos municípios da Região do Planalto Serrano em Santa Catarina, tendo como questão norteadora **como construir um processo de participação popular que efetivamente possa enfrentar os problemas locais de saúde desde sua detecção até sua resolução?**

Para responder esta questão, partimos do pressuposto de que as políticas públicas, particularmente no caso da saúde, devem ter como base a participação de todos, pois, somente quem vive uma situação quotidianamente, sabe de seus problemas e tem possibilidade de solucioná-los.

Seguindo ainda a tentativa de responder a questão norteadora, estabelecemos como objetivos da presente tese os que seguem:

1. Analisar a contribuição da TPPS construída nos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina na resolução dos problemas de saúde locais;
2. Analisar a consistência entre os problemas de saúde listados nos Seminários de Saúde e os indicadores epidemiológicos já mencionados;
3. Verificar se a TPPS contribuiu para a inclusão dos diversos setores locais nos eventos relacionados à questão saúde nestes municípios.

A metodologia utilizada foi a da pesquisa ação, na qual analisei a construção da TPPS nos municípios do Planalto Serrano de Santa Catarina, relatando os acontecimentos havidos entre os anos de 1993 a 1999.

Sobre o primeiro objetivo listado, se efetuou a análise de alguns problemas listados, com seu descritor e a situação atual dos mesmos. Através dessa refle-

xão, demonstramos que a TPPS auxilia na resolução dos problemas detectados, seja na resolução do próprio problema detectado, seja no encaminhamento de sua solução.

Em relação ao segundo objetivo colocado, o de investigar a coerência entre os problemas listados nos Seminários de Saúde e indicadores estatísticos e epidemiológicos, foi encontrada uma consistência entre ambos, na medida em que os problemas listados têm fundamento nos indicadores epidemiológicos mas utilizados, conforme extensa reflexão constituída pelo capítulo V.

Quanto ao terceiro e último objetivo, a inclusão dos diversos segmentos de moradores dos municípios, a participação numerosa e constante nos Seminários de Saúde e Conferências Municipais de Saúde reforça que a TPPS possibilita tal inclusão, na medida em que a participação popular nos eventos relacionados à questão saúde foi crescente nos anos estudados.

Quanto à questão norteadora desta tese, vimos que a TPPS construída possibilita e se constitui na participação popular para o planejamento de políticas de saúde locais, auxiliando o desenvolvimento de novas formas de relações locais, agora calcadas na responsabilização coletiva pela detecção e resolução dos problemas cotidianos.

Contudo, este é um processo dinâmico, que não finda na conclusão desta tese, que é um processo de construção permanente, permeado de avanços e retrocessos, com muitas interrogações e poucas certezas.

As certezas do sonho marxiano de estudante, o da utopia comunista, ficaram para trás, caíram com o muro de Berlim, com o boicote a Cuba, com a globalização, com a Praça Celestial na China. Mas acredito que alternativas são possíveis, e estão sendo construídas. Agora, com a reflexão que só a vida e a experiência de todos que nos antecederam possibilita.

Foi essa a tentativa, simples e limitada a alguns locais. Espero, sinceramente, ter contribuído para construir novas possibilidades de construção de um mundo melhor.

Assim, como Thiago de Melo (1981, p. 43) fala em **as ensinanças da dúvida**

Tive um chão (mas já faz tempo)

todo feito de certezas, tão duras como lagedos.

Agora(o tempo é que o fez)

tenho um caminho de barro

umedecido de dúvidas.

Mas nele (devagar vou)

me cresce fundo a certeza

de que o que vale a pena o amor.

Bibliografia

ALBERONI, FRANCISCO. VALORES: O bem, o mal, a natureza, a cultura, a vida. Rio de Janeiro: Rocco, 2.000

ALBUQUERQUE, J. A. GUILHON. Instituição e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2 ed. , 1986.

ALMEIDA, MARIA CECÍLIA & ROCHA, S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ARENDT, HANNAH. A condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 10 ed., 2.000.

ATLAN, HENRI. Entre o Cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992.

AYRES, JOSÉ RICARDO DE C. M. Sobre o Risco. Para compreender a epidemiologia. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BARISON, E. B. Processo Saúde – doença e causalidade: uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde pública. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1995.

BAVA, SÍLVIO CACCIA. Democracia e Poder Local. In: Fórum Democracia e Poder Local. IBASE, Rio de Janeiro, agosto de 1992

BERLINGUER, GIOVANNI. Etica, salud y medicina. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1994.

BOBBIO, NORBERTO. Estado, Governo, Sociedade. Para uma teoria geral da política. São Paulo: Paz e Terra, 7 ed. 1999.

BOBBIO, NORBERTO. Igualdade e Liberdade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

BOTTOMORE, TOM. **Dicionário do Pensamento Marxista** - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

BRANDÃO, CARLOS RODRIGUES (organizador). **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: 1999.

BRASIL. **Constituição Brasileira**. 1988. DOUnião. Brasília

BREHIL, JAIME. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: HUCITEC/UNESP, 1991.

CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. In: **Saúde e Debate**. São Paulo: HUCITEC, 2 ed., 1994

Canguilhem, George. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4 ed., 1995

CASTELLANOS, PEDRO LUÍS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica**. Washington, DC: OPS, 1992

CASTELLANOS, PEDRO LUIS. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. In: **Boletim epidemiológico**. Organização Pan americana de la salud. Vol. 10. Nº 4, 1990 (1/7).

CERTEAU, MICHEL E OUTROS. **A invenção do cotidiano. Morar, cozinhar**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CERTEAU, MICHEL DE. **A invenção do cotidiano. Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994.

COSTA, N. A. DA. **O Conhecimento Científico**. São Paulo: Discurso Editorial, 1997.

DALARI, DALMO (organizador). **Política Municipal**. Porto Alegre: Fundação Vilson Pinheiro, 1985.

DEMO, PEDRO. **Charme da exclusão social**. Campinas: Editora Autores Associados, 1998.

DEMO, PEDRO. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3.ed. verificada e ampliada– São Paulo: Atlas, 1995.

DENIS, JEAN-LOUIS & CHAMPAGNE, FRANÇOIS. Análise da implantação. IN: Harzt, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

DENTE, N. J. H. **Dicionário Rosseau**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1996.

DIAS, E. F. - **Democracia Operária: construindo a nova civilização**. Tese de doutoramento apresentada à faculdade de filosofia, letras e ciências humanas da USP- área de historia social - São Paulo/USP, 1984.

DORNELLES, SORAIA & JULIO, NALU TEREZINHA. **Análise da situação de saúde segundo as condições de vida**. Documento apresentado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, julho de 1995.

DORNELLES, SORAIA E OUTROS. **História da Enfermagem, Versões e Interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

DREIFUSS, RENÉ ARMAND. **A Época das Perplexidades: mundialização, globalização planetarização: novos desafios**. Petrópolis, RJ: VOZES, 1996.

Governo Popular de Porto Alegre. IN: **ANAIS ... II Congresso Internacional das Cidades Educadoras**. Porto Alegre, junho de 1997.

HARTZ, ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO (organizadora). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HELLER, AGNES. **Além da Justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

HELLER, AGNES. **Una revisión de la teoría de las necesidades**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1978.

JUNIOR, ALUÍSIO GOMES DA SILVA. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. In: **Saúde em Debate 111**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

KADT, EMANUEL DE & TASCA, RENATO. **Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor saúde**. São Paulo/Salvador: HUCITEC, 1993.

KIDDER, LOUISE (organizadora). **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: E.P.U., 2 ed., 1987.

KRISCHE. PAULO J. (organizador). **O Contrato Social Ontem e Hoje**. São Paulo: Cortez, 1993.

LAGES. **Conferência Municipal de Saúde**. 17 de março de 1993.

LEOPARDI, MARIA TEREZA - **Entre a Moral e a Técnica: Ambigüidades dos Cuidados de Enfermagem**. Florianópolis, Editora da UFSC, 1994.

LEOPARDI, MARIA TEREZA. **O cuidado no trabalho da enfermagem face ao discurso neo-liberal**. Itajaí, 12/05/2.000. (mimeo)

LEVY, NELSON. **Desejo.... O lugar da liberdade (um ensaio ético-político)**. São Paulo: Debates Editora, 1991

MARTINEZ, PEDRO. El fortalecimiento del municipio como institución receptora de la descentralización. In: **Revista Gestión y estrategia**. Nº 14 / julio-diciembre, 1998. México, UAM – A.

MARX, K. **Capítulo Vi Inédito de O Capital**. São Paulo, Martins Fontes, 1987.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. 2ª ed. , São Paulo, Martins Fontes, 1983.

MARX, K. **O Capital**. IN: **Os Economistas**. São Paulo, Abril Cultural, 1983. vol.1, Livro 1.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA (organizador). **Distrito sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERHY, EMERSON ELIAS E OUTROS. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. IN: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana (organizadores) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Série Saúde em Debate, 108. São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, EMERSON ELIAS. **A Saúde Pública como Política – Um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MISOCZKY, MARIA CECI. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 55, novembro de 1997. P 131/171.

MONTEIRO, LUÍS GONZAGA MATTOS. **Neomarxismo: Indivíduo e Subjetividade**. São Paulo: EDUC, 1995.

MORIN, EDGAR. **A CABEÇA BEM FEITA: Repensar a Reforma – Reformar o Pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2.000.

MORIN, EDGAR. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: CORTEZ; Brasília, DF: UNESCO, 2.000.

NETO, TEMÍSTOCLES MARCELOS E OUTROS. A Respeito do tema da 11ª conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. **Disponível em: Conferência Nacional de saúde on line**. <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em 14/09/00.

NIETSCHE, ELISABETA. **Tecnologia Emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Tese apresentada ao Curso de

Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Doutor em Filosofia de Enfermagem. Florianópolis, 1999.

OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

Organização das Nações Unidas. Relatório do Desenvolvimento Humano 1999. Lisboa, Trinova Editora, 1999.

Organização Pan Americana de Saúde. **A Saúde no Brasil**. Brasília, novembro de 1998.

Organização Pan Americana de Saúde. Reunion Ppreparatoria sobre tendencias futuras y renovacion de salud para todos. Disponível em: http://dvlp.www.paho.org/spanish/dap/dap_pubs.htm. Acessado em 25/10/00

Partido Socialista Obrero Español, Home page. Principios y diversidad Municipal. Disponível em <http://www.martos.com/psoe/principios>. Acessado em 24/10/00.

Pineault, Raynald. **La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias**. España: Masson, s.a., 2 ed., 1989.

POLITZER, Georges, BESSE, Guy e CAVEING, Maurice. **Princípios Fundamentais de Filosofia**.— São Paulo: HEMUS, 1995.

REBIDIA Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e a Adolescência. **Controle social e participação nos conselhos de saúde**. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br>. Acessado em 14/07/00.

RICHARDSON, Roberto Jarry e colaboradores. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

Rios, Xulio. **Poder local e cooperación humanitaria**. Disponível em: http://www.iaga.com/igadi/html/t_fondo.htm. Home page de Instituto Galego de Análise e Documentación Internacional/www.igadi.org. Acessado em 04/09/00

Rosa, Maria Tereza Leopardi. O desenvolvimento técnico científico da enfermagem – uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: **Anais... 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Florianópolis, 21/09/1989, p. 97-126.

ROUSSEAU, JEAN JACQUES. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2 ed., 1999.

ROUSSEAU, JEAN JACQUES. Do contrato Social / Ensaio sobre a Origem das Línguas. In: **Coleção Os Pensadores**. Coordenação editorial de Janice Florido. vol. I. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **Do Contrato Social: Princípios do Direito Político** – Bauru: EDIPRO, 2.000.

Sader, Emir. **O mundo depois da queda**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SÀNCHEZ, Fernando Pindado. A la vida de les ciutats. IN: **Simpósio – LA DEMOCRÀCIA LOCAL CAP AL SEGLE XXI**. Cerdanyola del Vallès, Espanha; 20 a 22 de novembro de 1997. Disponível em <www.troc.es/repensar/simposiXXI/ponencia.htm>. Acessado em: 25/08/2.000.

SCHMINK, Marianne. Marco Conceitual sobre Gênero e Conservação com base Comunitária. IN: **Série Estudos de Caso sobre Gênero, Participação Comunitária e Manejo dos Recursos Naturais** . nº 1. Gainesville, University of Florida, Abril 1999.

Schraiber, Lilia B (organizadora). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: HUCITEC., 2 ed., 1993.

Silva e Silva, Maria Ozanira da. **Refletindo a pesquisa participante**. São Paulo: Cortez Editora, 2 ed. 1991.

Simpósio: **La democràcia local cap ao segle xxi**. Cerdanyola del Vallès, 21 de novembre de 1997.

Sório, Rita Elizabeth da Rocha. **Organizando e Planejando a Saúde no Município: Proposta metodológica para a capacitação.** Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/ Núcleos de Saúde, 1995.

TEIXEIRA, Maria da Glória e colaboradores – Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as tres esferas de governo. In: **Informe Epidemiológico do SUS**, Volume 7, nº 1, jan/fev/mar/1998.

Teixeira, Carmem & Melo, Cristina. O planejamento estratégico situacional em distritos sanitários: uma experiência no município de São Paulo. In: Teixeira, Carmem Fontes & Melo, Cristina (organizadoras). **Construindo Distritos Sanitários – a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo.** São Paulo/Salvador: HUCITEC, 1995, p.69/85.

Testa, Mário. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação – o caso da saúde.** Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

Thiollent, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 1988

Warnock, Mary. **Os usos da filosofia.** São Paulo: Papyrus, 1994.

Weber, Max. Textos Seleccionados. In: **Coleção Os Economistas.** São Paulo: Nova Cultural, 1997.

Weinstein, Luis. **El desarrollo de la Salud y la Salud del desarrollo.** Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1995.

Wrightman & Cook. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais. Vol.2. Medidas na Pesquisa Social.** E.P.U. São Paulo, 1987

ANEXO 1

**Roteiro para discussão em pequenos grupos no
Primeiro Seminário de Saúde**

Roteiro para discussão

1. É bom viver em (na comunidade)?
2. Há alguns anos atrás era melhor ou pior? Porque?
3. Moram muitas pessoas em?
4. Nascem muitas pessoas em?
5. Morrem muitas pessoas em?
6. Há alguns anos atrás, moravam mais ou menos pessoas?
7. Há alguns anos atrás, nasciam mais ou menos pessoas?
8. Há alguns anos atrás, morriam mais ou menos pessoas?
9. aumentou ou diminui em número de moradores?
10. Se diminuiu, quem saiu daqui? Para onde foi? Porque foi?
11. Em que trabalham as pessoas em?
12. Como vivem as pessoas de? Como são suas casas? Têm esgoto e água tratada? Tem escola para todo mundo?
13. De que morrem as crianças de?
14. De que morrem as mulheres de?
15. De que morrem homens de?
16. De que morrem velhos de?
17. De que adoecem as crianças de?
18. De que adoecem as mulheres de?
19. De que adoecem os homens de?
20. De que adoecem os velhos de?
21. Quando ficam doentes procuram que serviço?
22. Quando morrem, são enterrados onde?
23. Quais as coisas são boas em?
24. Quais as coisas são ruins em?
25. LISTE OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DAS PESSOAS QUE MORAM EM(ou na comunidade)

ANEXO 2

**Folha para o preenchimento dos problemas e a
colocação das soluções e caminhos**

ANEXO 3

**Categorização dos problemas selecionados
conforme as instituições e órgãos responsáveis por
sua solução**

ANEXO 4

Questionário aplicado aos monitores

Questionário

1 - Quando você pensa no Projeto Análise da Situação de Saúde Segundo Condições de Vida, qual é a primeira coisa que você lembra? _____

2 - O Projeto gerou alguma mudança em teu trabalho? Se sim, qual? _____

3 - O Projeto gerou alguma mudança no trabalho desenvolvido pela Prefeitura? Se sim, qual? _____

4 - O Projeto gerou alguma mudança em relação ao trabalho desenvolvido pela Regional de Saúde? Se sim, qual? _____

5 - O Projeto gerou alguma mudança nas relações entre você e outros companheiro? Se sim, qual? _____

6 - O Projeto gerou alguma mudança nas relações entre você e os usuários do serviço de saúde? Se sim, qual? _____

7 - Se você fosse avaliar os resultados do Projeto, o que você diria? _____

8 - Você gostaria de escrever mais alguma coisa? _____

Obrigada.

Soraia

ANEXO 5

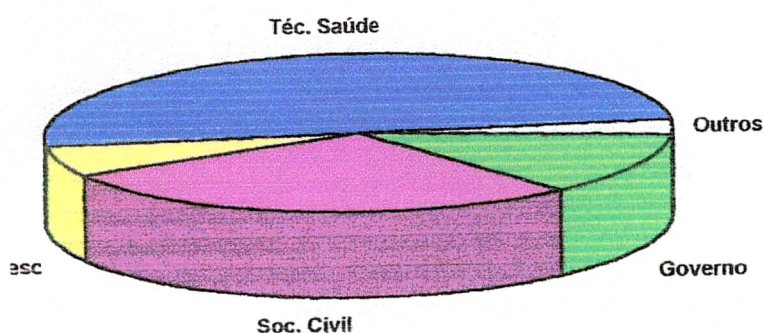
**Informativo dos problemas priorizados no Seminário
de Saúde, exemplo de Anita Garibaldi**

Informativo de Anita Garibaldi

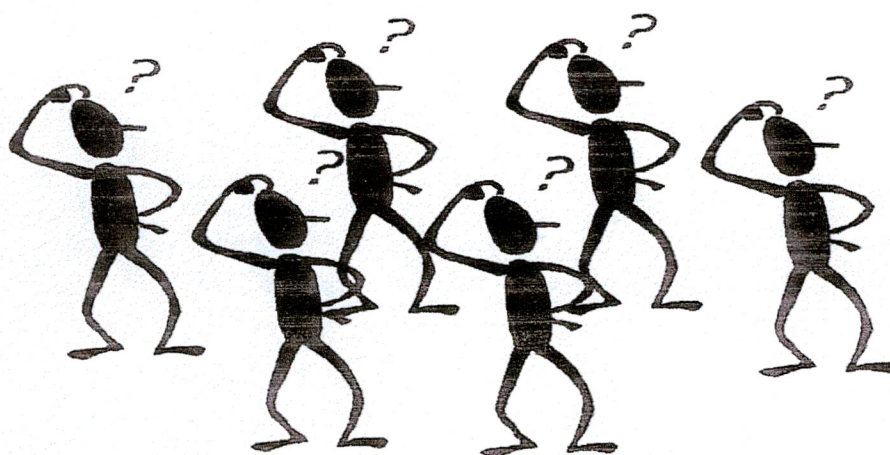
ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE ANITA GARIBALDI

No primeiro seminário de saúde, tinha 32 participantes, sendo 09 de organizações não governamentais (Pastorais, Associação da Mulher Trabalhadora, Sindicatos, Associações de Moradores, Clube de Mães, etc...), 04 do governo (Secretarias Municipais, gabinete da Prefeitura, Câmara de Vereadores), 02 de serviços de infra estrutura (Celesc e Telesc), e um bancário.

PARTICIPANTES DO PRIMEIRO SEMINÁRIO



Problemas listados no Seminário



Neste seminário, foram listados os seguintes problemas para nós, moradores de Anita Garibaldi:

Número de habitantes

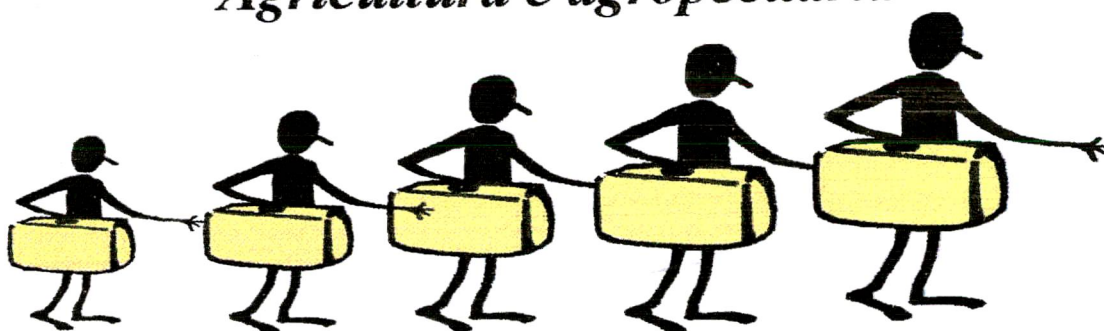


Para as pessoas que participaram do Seminário, o número de moradores de Anita Garibaldi está diminuindo. De fato, *nos anos de 1970, moravam aqui mais de 20.000 pessoas, e hoje (1997), moram aqui aproximadamente 10.000 pessoas.*

Problema 1

- Diminuição do número de habitantes de Anita Garibaldi -

Agricultura e agropecuária



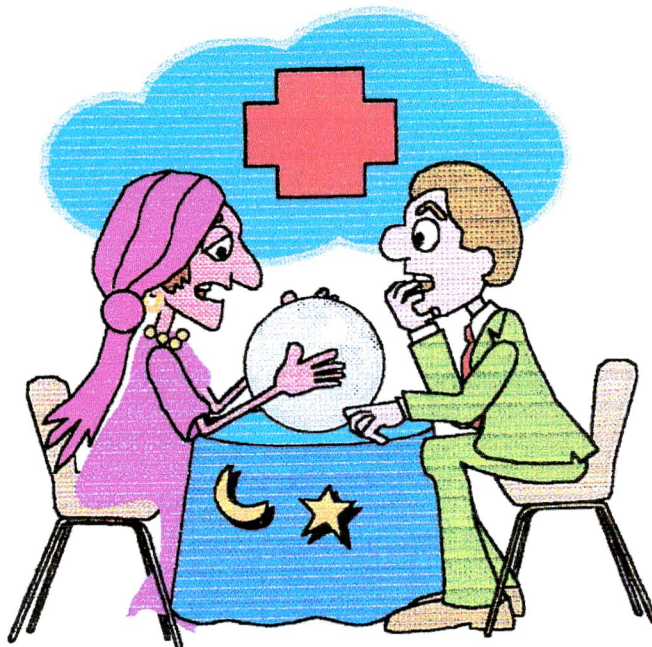
Problema 2

- Êxodo Rural -

Nos últimos anos, os moradores de Anita Garibaldi têm ido embora, primeiro saindo do campo para a sede do município, depois saindo da sede de Anita para outros municípios, como Florianópolis e Caxias do Sul.

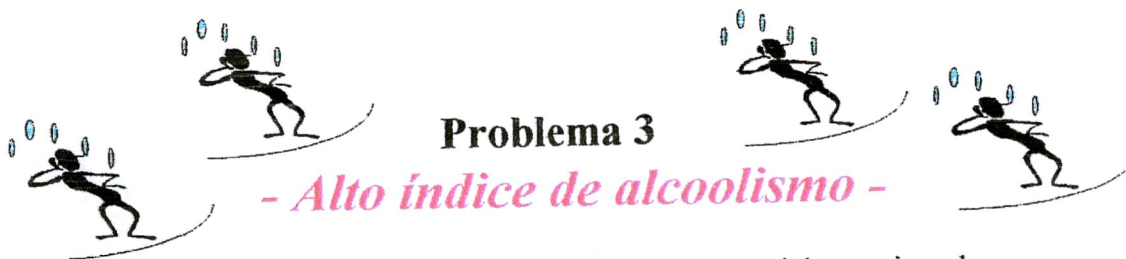
<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none">• Organização de uma cooperativa de agricultores	<ul style="list-style-type: none">• governo federal, governo estadual, secretaria municipal de agricultura, EPAGRI, comunidade organizada, sindicato dos agricultores
<ul style="list-style-type: none">• Dar condições e implementos agrícolas para os pequenos agricultores	<ul style="list-style-type: none">• governo federal, governo estadual, governo municipal, comunidade organizada

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • construção de um terminal de calcário 	<ul style="list-style-type: none"> • governo municipal, AMURES, governo estadual e federal.
<ul style="list-style-type: none"> • manutenção e asfaltamento das estradas para o escoamento da produção 	<ul style="list-style-type: none"> • governo municipal, estadual e federal, AMURES e produtores rurais.
<ul style="list-style-type: none"> • dar orientação técnica ao agricultor sobre a vocação e preparo do solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de Agricultura, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, EPAGRI, Secretaria Estadual da Agricultura



Saúde

Da questão saúde, foram listados os seguintes problemas:



Problema 3

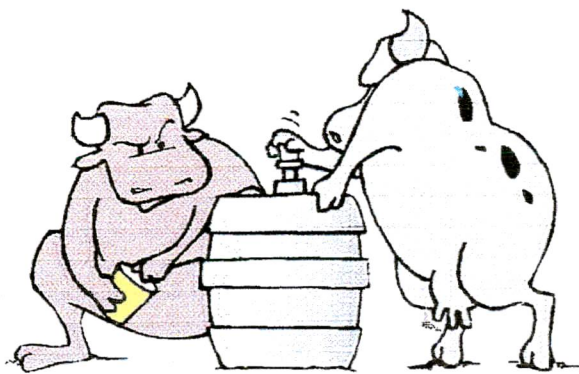
- Alto índice de alcoolismo -

Há muitos alcoólatras em Anita Garibaldi. Há também muitos bares que vendem bebidas alcoólicas para menores de idade.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • implantar o Alcoólicos Anônimos 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de Saúde, entidades não governamentais, igrejas, Conselho da Infância e Adolescência
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas para menores de idade 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder Judiciário, Conselho da Infância e Adolescência

Problema 4

- Contaminação das fontes de água do meio rural -



De cada 10 fonte de água do meio rural, 8 estão contaminadas por coliformes fecais (fezes de animais e gente).

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a água das fontes rurais para detectar quais estão contaminadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância Sanitária Municipal, EPAGRI, XV Regional de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Proteger as fontes de água 	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultor, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, EPAGRI, Secretaria Municipal de Agricultura, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, XV Regional de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os agricultores quanto à proteção das fontes de água 	<ul style="list-style-type: none"> • EPAGRI, Secretaria Municipal de Agricultura, Vigilância Sanitária Municipal, Secretaria Municipal de Educação

Problema 5

- Mau uso de agrotóxicos -

Os agricultores não usam adequadamente os agrotóxicos, o que resulta em muitas pessoas contaminadas



<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o agricultor para o uso adequado do agrotóxico: quais são os adequados, que formas de proteção devem ser utilizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • EPAGRI, Secretaria Municipal de Agricultura, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Sindicato dos Trabalhadores Rurais
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer notificação para a ocorrência de contaminação por agrotóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • XV Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, EPAGRI, entidades não governamentais
<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalizar os estabelecimentos que vendem agrotóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • XV Regional de Saúde



Problema 6

- Saneamento básico insuficiente -

Há muitos locais na sede do município sem água tratada ou encanamento de esgoto. Em outros bairros de Anita, o esgoto é à céu aberto, convivendo com crianças e animais. Há uma vala de esgoto atrás da Unidade Sanitária sede e da Escola pública.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> Fazer um levantamento para detectar quais são os locais sem esgoto adequado 	<ul style="list-style-type: none"> Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, XV Regional de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> Implantar saneamento básico no município 	<ul style="list-style-type: none"> Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, XV Regional de saúde, comunidade organizada



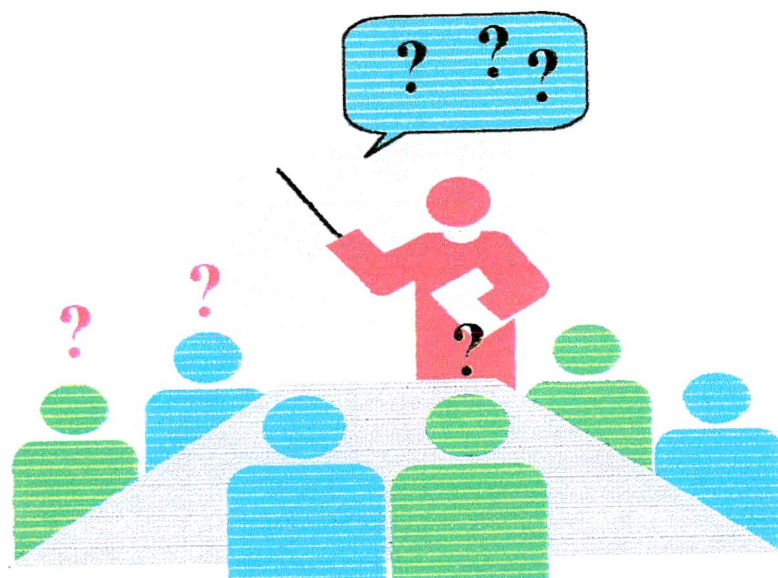
Problema 7

- Depósito de lixo a céu aberto -

o lixo da cidade é depositado em terreno próximo à sede, sem nenhum tratamento, a céu aberto.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> construção de um aterro sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> Prefeitura Municipal, comunidade organizada
<ul style="list-style-type: none"> reciclagem do lixo 	<ul style="list-style-type: none"> Prefeitura Municipal, comunidade organizada

Educação



Problema 8

- Falta de escolas voltadas à realidade do município -

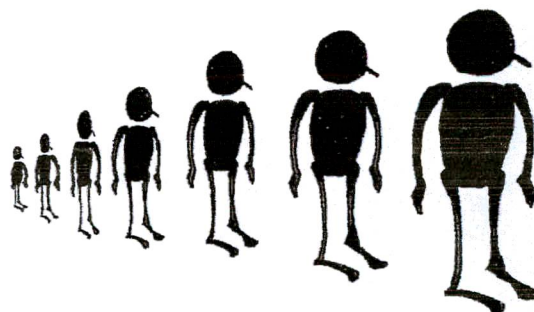
As escolas do município não ensinam os alunos respeitando a realidade de vida de cada um. O calendário escolar não respeita a época da safra.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none">• adequar o ensino à realidade dos alunos, utilizando exemplos comuns a todos para ensinar as matérias	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Educação
<ul style="list-style-type: none">• Adequar o calendário escolar com a época da safra	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Educação

Problema 9

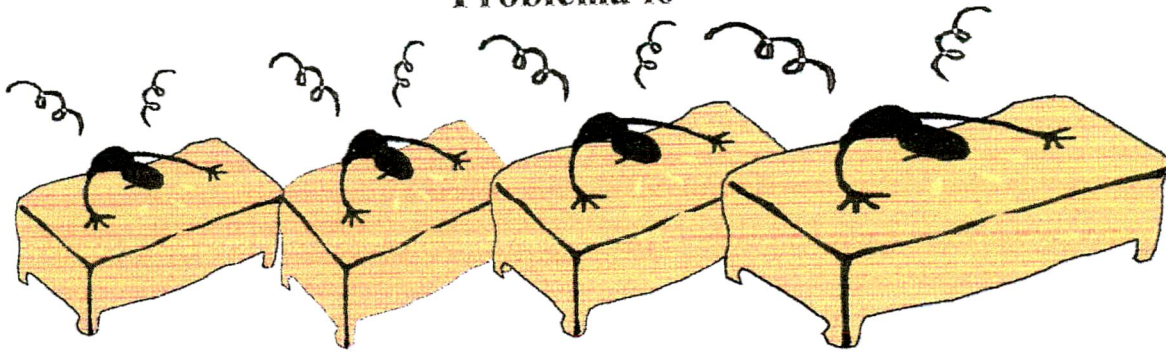
- Alto índice de evasão escolar -

Há muita criança que abandona a escola antes de completar 14 anos.



<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none">• Conscientizar os pais da importância do estudo para os filhos	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria Municipal de Educação, Associações de Pais e Professores, Secretaria Municipal do Bem Estar Social
<ul style="list-style-type: none">• Adequar o período de férias com a safra	<ul style="list-style-type: none">• Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Educação
<ul style="list-style-type: none">• Possibilitar emprego aos alunos, para que estes auxiliem na economia da família	<ul style="list-style-type: none">• Prefeitura Municipal, Governo Estadual, Comunidade

Problema 10



- Alto índice de analfabetismo -

Em Anita Garibaldi, para cada 10 pessoas maiores de 5 anos, 3 são analfabetas.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do currículo escolar para adequá-lo à realidade do município 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Estadual da Educação, Secretaria Municipal da Educação, Associações de Pais e Professores
<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de cursos de alfabetização de adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Educação, Associações de Pais e Professores, Sindicato dos Professores, entidades não governamentais

Transportes



Em relação às estradas, foi detectado somente um problema:

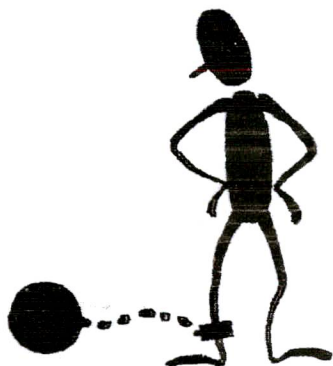
Problema 11

- Principal estrada de acesso ao município não oferece condições de tráfego -

A SC 458, estrada de acesso ao município não oferece as mínimas condições para o transporte das pessoas.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Asfaltamento da rodovia 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, Comunidade, Governo Estadual, AMURES
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da rodovia enquanto não 	<ul style="list-style-type: none"> • os mesmos anteriores

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção e Cascalhamento das estradas de acesso as lavouras 	<ul style="list-style-type: none"> • os mesmos anteriores
<ul style="list-style-type: none"> • Formar associações comunitárias no interior para preservar as estradas e buscar auxílios 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidade organizada, Prefeitura Municipal



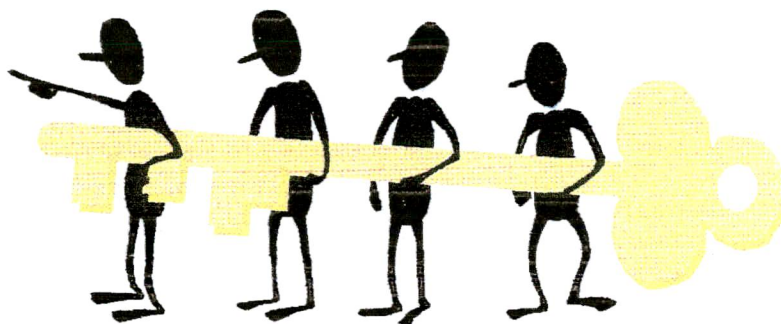
Economia

Problema 12

- *Baixa renda da população -*
em Anita, de cada 20 pessoas que trabalham, 19 recebem menos de 3 salários mínimos por mês.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Reinventar a economia da região 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, AMURES, Clube de Diretores Lojistas, Sindicatos, comunidade organizada, SEBRAE
<ul style="list-style-type: none"> • Trazer técnicos para o município a fim de se realizar estudos sobre a vocação econômica 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, AMURES, CDL, SEBRAE, Sindicatos
<ul style="list-style-type: none"> • Criar sistema de feiras agrícolas na sede do município 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, Secretaria da Agricultura, EPAGRI, Secretaria do Bem estar Social, Pastorais, Sindicatos, entidades não governamentais
<ul style="list-style-type: none"> • Criar cooperativa de produtores rurais 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos, Associações, comunidade, Prefeitura Municipal
<ul style="list-style-type: none"> • Extinguir o atravessador 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos, EPAGRI, Secretaria Municipal da Agricultura, comunidade
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a instalação de pequenas indústrias no município 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, FIESC, SEBRAE, CDL, Sindicatos

Organização Popular



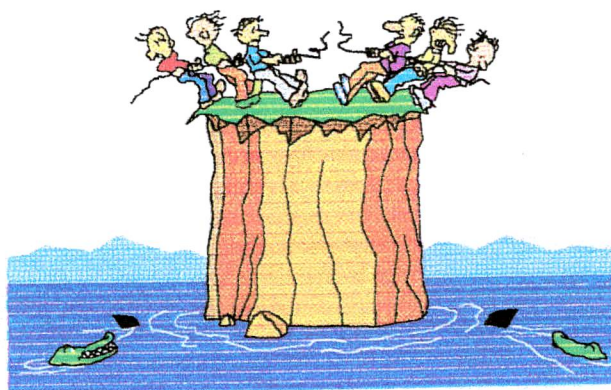
Problema 13

- Falta de credibilidade nas entidades representativas da comunidade -

Os moradores de Anita não acreditam nas entidades que os representam. Não acreditam nem participam dos sindicatos, associações de moradores, associações trabalhistas, conselhos, etc...

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a organização dos agricultores em associações, sindicatos, conselhos, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos, Pastorais, comunidade organizada, Igrejas, governos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a formação de líderes comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> • os mesmos anteriores

Social



Problema 14

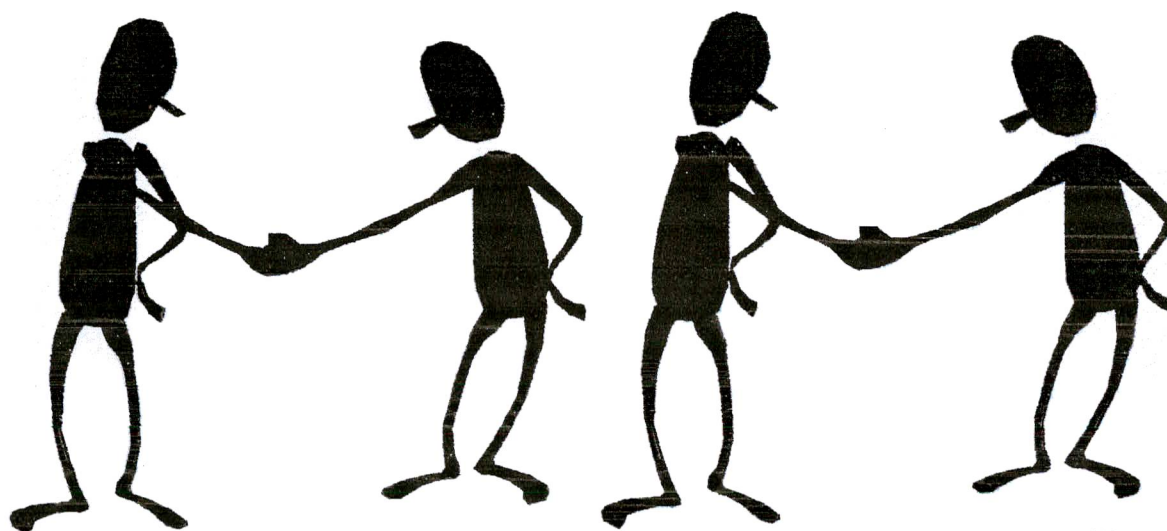
- Aumento da miséria e pobreza da população -

Nos últimos anos, têm aumentado tanto o número de pessoas mais pobres, quanto as pessoas mais pobres têm ficado cada vez mais pobres ainda.

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a instalação de novas empresas no município 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, CDL, SEBRAE, FIESC. entidades não governamentais

<i>Soluções para este problema</i>	<i>Responsáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a Reforma agrária 	<ul style="list-style-type: none"> • entidades não governamentais, Governo Federal, Estadual e Municipal
<ul style="list-style-type: none"> • Criar novos sistemas de financiamento, como o troca-troca 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura Municipal, governo estadual, sindicatos, EPAGRI, Secretaria da Agricultura, Secretaria do Bem Estar Social

Outubro de 1997



Nalú Terezinha Júlio
Soraia Dornelles Schoeller
Luís Cláudio Assis

Editoração Gráfica - Luciano Wolffenbüttel Vêras

ANEXO 6

Levantamento dos problemas e soluções - TPPS

ANEXO 7

**1º Diagnóstico do Projeto “Análise da Situação de
Saúde segundo condições de vida – AMURES –
1994”**

ELABORAÇÃO: Nalú Terezinha Júlio
Soraia Schoeller

EQUIPE DO PROJETO: Aneida Mendes
Carmem Muniz
Pe. Dilmar Sell
Mareci Souza
Ecilda Hugen
Léia V. Gallas
Maria Tereza Anzolin
Nalú Terezinha Júlio
Soraia Schoeller
Marilisa Becker
Évela Santos
Maria Neves

COLABORAÇÃO: Secretários Municipais de Saúde e respectivas
equipes técnicas

O QUE É TER SAÚDE?

É poder viver. É poder criar os filhos e dar-lhes um futuro. É ter casa, trabalho, salário, escola, comida, diversão. É ter garantido atendimento médico e tratamento de graça quando for preciso.

Hoje, todos reconhecem que ***SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO***

Isto quer dizer que cada um tem direito à morar em uma casa, a receber salário, a estudar, a ter terra para plantar, a ter comida, enfim, *a viver*.

A Constituição do Brasil, promulgada em 1988, garante o direito à saúde.

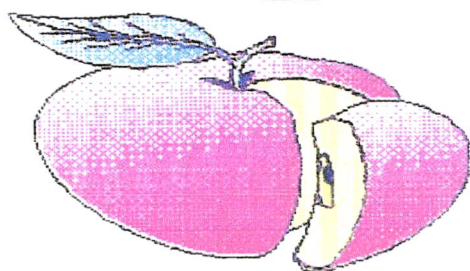
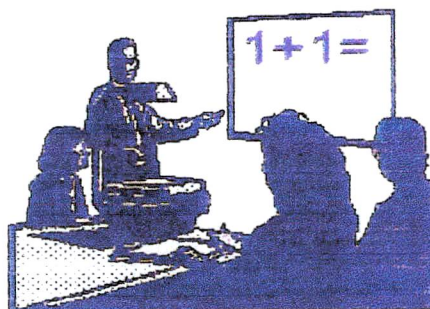
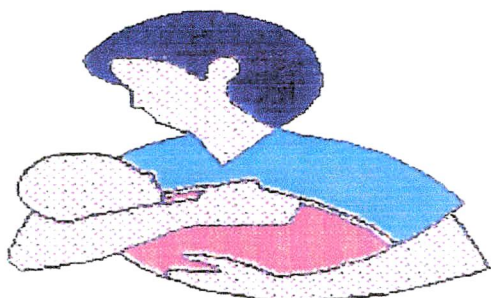
Porém, não podemos esquecer que *o direito à saúde* (assim como todas as conquistas sociais), ***foi conseguido pela luta de muitas pessoas!***

A lei só foi feita porque associações, sindicatos e outras entidades se organizaram e lutaram por ela!

Agora, temos de garantir a concretização do direito à saúde. Por isso, este manual tem como objetivo mostrar como está a saúde das pessoas da região da AMURES, para que possamos, coletivamente, escolher quais os problemas mais importantes, e como resolvê-los.

As informações que mostraremos deverão ser questionadas e refletidas, pois sabemos que quem vive sabe de seus problemas.

Esperamos que juntos consigamos analisar as condições de vida, escolher os problemas prioritários e propor soluções.



Monitores do projeto

UMA BREVE HISTÓRIA DA REGIÃO DA AMURES

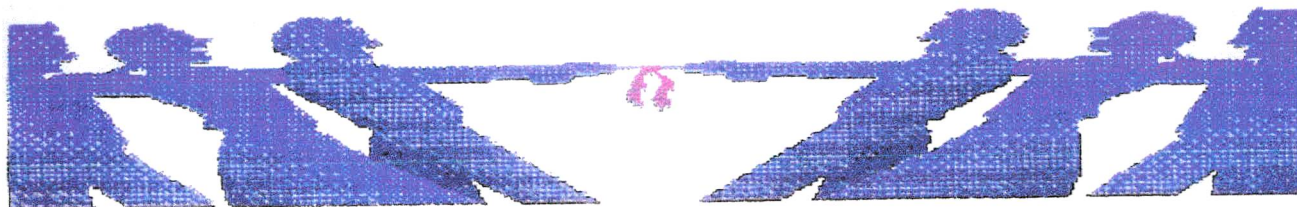
A região da AMURES é composta dos municípios de Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Celso Ramos, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema. Mais três localidades estão sendo emancipadas do município de Lages: Paineira, Bocaina e Capão Alto.

A região serrana situa-se no centro-sul do estado (como o mapa acima está indicando), e tem como principais estradas de acesso a SC 282 que liga Florianópolis a Campos Novos; a Ferrovia que liga o Rio Grande do Sul ao Paraná; a BR 116 que também atravessa o estado de Santa Catarina ligando Rio Grande do Sul e Paraná; e a SC 438, ligando Tubarão a Lages.

Sua localização (praticamente no meio do estado de Santa Catarina), fez com que a região da Amures fosse ponto de passagem das pessoas que se deslocavam do Rio Grande do Sul para o Paraná, ou vice-versa. E, de fato, os primeiros brancos que aí ficaram (isto há mais de 100 anos atrás), vinham, ou de São Paulo para o Rio Grande do Sul, ou do sul para o sudeste.

Antes disso, esta região era habitada somente por índios da tribo guarani, guaiacaná e okleng, que foram mortos. É conhecido por todos a profissão de bugreiro, pessoas contratadas para limpar as terras, cujo pagamento era recebido por orelhas de índio. *O último massacre de índios ocorreu em 1942 (há somente 50 anos), no atual município de Campo Belo do Sul.*

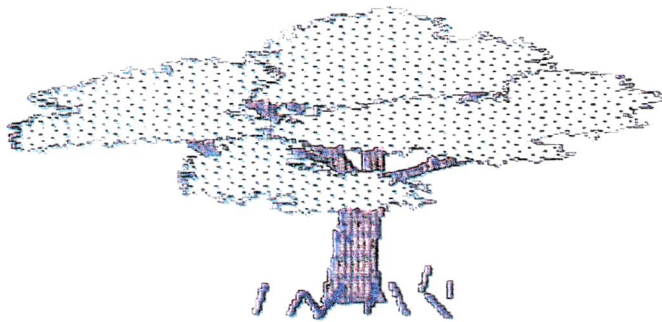
"Aqui foi conquistado com suor de negro e sangue de índio". (Márcio Costa)



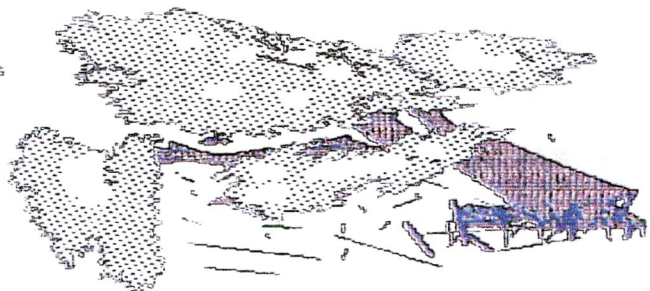
O grande crescimento econômico da região ocorreu de 1940 a 1960, devido à extração de madeira. Nestes anos foram abertas mais de 300 madeiras. O município de Lages teve um crescimento populacional jamais visto. Bairros como o Coral (de origem italiana) foram formados nesta época. Houve também um salto na prostituição, já que Lages era um município de passagem de caminhoneiros e transportadores de madeira.

Acontece que a madeira acabou, e não foi tomada nenhuma medida para a conservação das matas e do meio ambiente, e no final dos anos de 1960, a região serrana entrou em decadência. Quase todas as madeiras fecharam, e o desemprego aumentou. Junto veio o crescimento da pobreza e a piora das condições de vida.

Hoje, a região serrana está entre as regiões de Santa Catarina com as piores condições de vida. A concentração de terra (muita terra nas mãos de poucas pessoas); o analfabetismo; o déficit habitacional; o desemprego; as mortes violentas - que veremos neste diagnóstico de saúde -, são apenas alguns dos problemas enfrentados. A melhoria das condições de vida e saúde de todos da região dependerá da procura conjunta de soluções para estes problemas.



ontem



hoje

COMO E POR QUÊ SURTIU AMURES?

No ano de 1968, a administração do Município de Lages, por ser município pólo entendeu da necessidade de se programar ou planejar o desenvolvimento da Região Serrana.

O prefeito de Lages da época, Dr. Nilton Rogério Neves, dirigiu-se a Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul, a fim de solicitar apoio técnico e financeiro para tal intento.

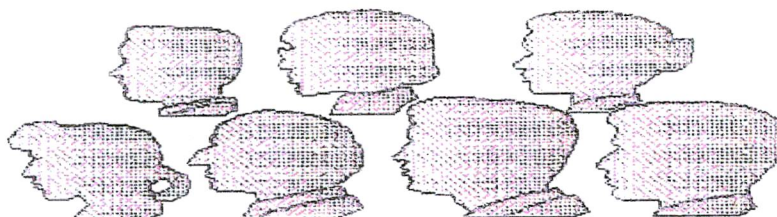
A partir daí foram contactados os demais prefeitos da região serrana - que na época eram 10 (dez) -, Anita Garibaldi, Alfredo Wagner, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Lages, Ponte Alta, São Joaquim, São José do Cerrito e Urubici, e, no dia 26 de Agosto de 1968 foi criada a Associação dos Municípios da Região Serrana - AMURES.

O Objetivo da criação da Amures, era o planejamento para o desenvolvimento regional integrado.

A Amures foi uma das primeiras Associações a ser criada em Santa Catarina. Serviu de exemplo e auxiliou na criação de várias associações no Estado e no País.

(Informações adquiridas através de entrevista com o responsável da criação da Associação, Dr. Nilton Rogério Neves, Lages - Outubro de 1994).

QUEM VIVE NA AMURES?



Hoje, moram nos municípios que compõe a AMURES, 272.420 pessoas, assim distribuídas:

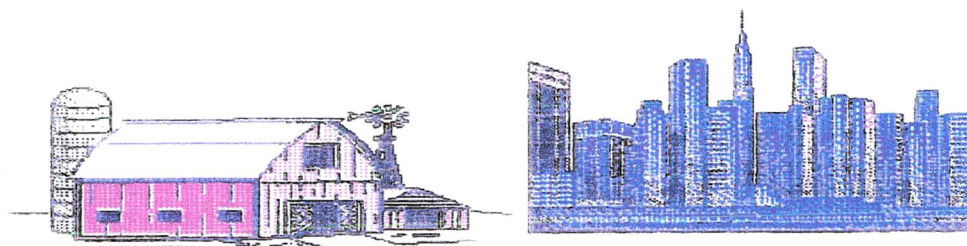
município	número de habitantes
Anita Garibaldi	11.021
Bom Jardim da Serra	4.153
Bom Retiro	7.253
Campo Belo do Sul	8.072
Cerro Negro	4.739
Celso Ramos	3.457
Correia Pinto	17.092
Lages	151.235
Otacilio Costa	14.576
Ponte Alta	4.752
Rio Rufino	1.280
São Joaquim	22.295
São José do Cerrito	11.595
Urubici	10.266
Urupema	2.474
AMURES	272.420

fonte: IBGE / 1991

Dos 272.420 habitantes, um percentual bastante elevado ainda vive no campo (zona rural):

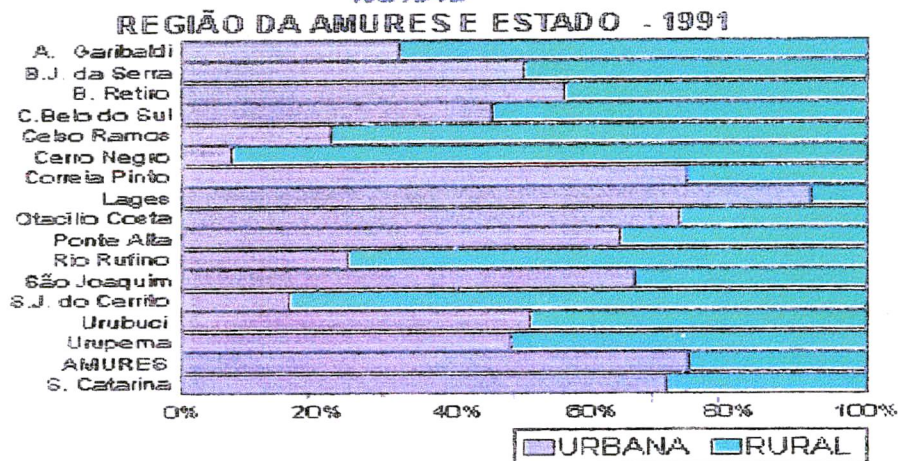
O município com maior número de moradores na cidade, é Lages - de cada 20 pessoas, somente uma mora no campo, e as outras 19 vivem na zona urbana. A seguir temos Otacilio Costa e Correia Pinto - onde, de cada 10 habitantes, 8 moram na zona urbana e 2 na zona rural; São Joaquim e Ponte Alta - onde, de cada 10 habitantes, 4 moram no campo e 6 na cidade; Uubici, Urupema, Campo Belo do Sul, Bom Retiro e Bom Jardim da Serra - em que metade das pessoas vivem no campo. Por outro lado, Anita Garibaldi, Celso Ramos, Cerro Negro, Rio Rufino e São José do Cerrito são municípios em que menos da metade das pessoas vivem na zona urbana.

Os problemas de vida e saúde são diferentes no campo e na cidade. E as soluções também



O êxodo rural (saída dos moradores do campo para a cidade) na região da AMURES foi muito elevado nos últimos dez anos.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL



O gráfico acima nos mostra que o aumento do número de habitantes nas cidades e a diminuição destes no campo da região da AMURES foi maior do que no estado de Santa Catarina. E, nesta região houveram alguns municípios com maior índice de urbanização do que outros. É o caso de: Bom Jardim da Serra - que passou de 28% de população urbana em 1980 para 49% em 1991; Bom Retiro - cuja população urbana aumentou de 45% em 1980 para 58% em 1991; Lages - onde a população urbana aumentou de 80% para 92%. Possivelmente muitos trabalhadores do campo, por não terem condições de continuar vivendo neste local, mudaram-se para as sedes municipais para buscando melhores empregos e condições de vida.

Notamos ainda que algumas pessoas vão em busca de trabalho na própria sede do município em que residem, e, não conseguindo, mudam-se para outros municípios da Região ou do Estado, particularmente para a grande Florianópolis e Joinville. As pessoas que saem do campo enfrentarão nas cidades o desemprego, os baixos salários e as más condições de vida que terão de enfrentar.

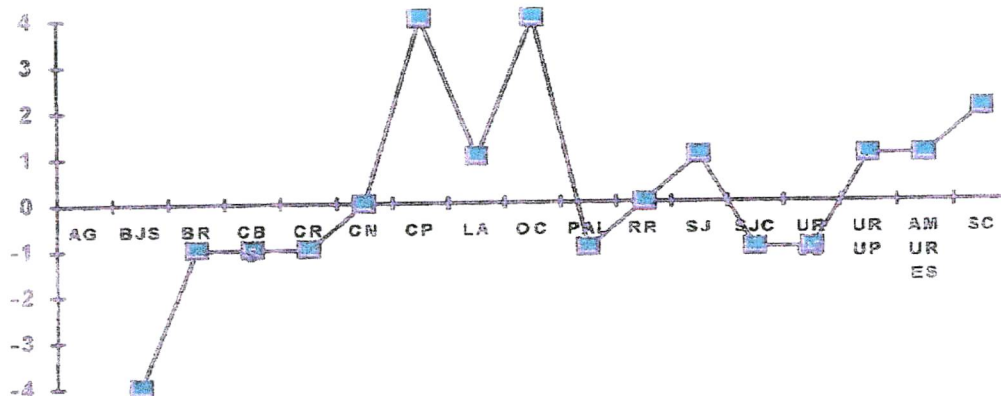
O êxodo rural também traz problemas para os locais que recebem os imigrantes. As cidades "incham", e os governos não estão preparados para acolher esta população, nem para proporcionar-lhes condições dignas de vida e trabalho.

CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO DA REGIÃO DA AMURES



O crescimento ou a diminuição do número de pessoas de um local é visto pela taxa de crescimento geométrico.

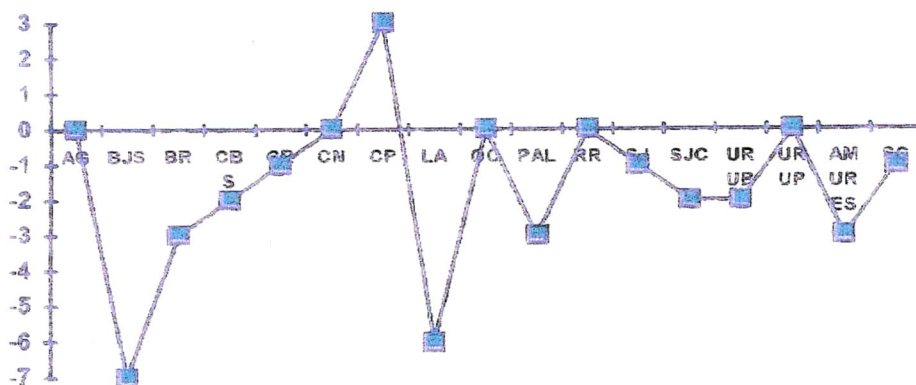
TAXA DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO - 1980 - 1991
REGIÃO DA AMURES E SC
IBGE



A taxa de crescimento geométrico (vista pelo número de habitantes no ano de 1980 e o número de habitantes de 1991), mostra-nos que a região da AMURES cresceu menos do que o estado de Santa Catarina. Metade dos municípios (Anita Garibaldi, Bom Jardim da Serra, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Ponte Alta, São José do Cerrito e Urubici) tiveram sua população diminuída.

Já, se olharmos somente o crescimento da população urbana, veremos que, com exceção de Bom Jardim da Serra, todos os outros municípios da região aumentaram. Mas, ainda assim, aumentaram menos do que Santa Catarina.

TAXA DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO - PO.RURAL -
1980 - 1991
REGIÃO DA AMURES E SC
IBGE

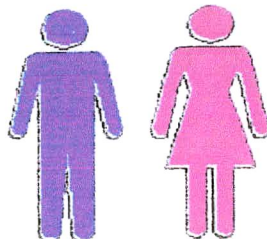


Por outro lado, se verificarmos o crescimento da população do campo, veremos que somente Cerro Negro aumentou, e todos os outros municípios diminuíram.

Estes fatos nos mostram a importância do êxodo rural. Os moradores do campo da região serrana saíram para as cidades, e das cidades desta região saíram para outras regiões. Quer dizer: a

cada dia que passa, moram menos pessoas na região da AMURES. e muito menos ainda na zona rural desta região.

HOMENS E MULHERES DA AMURES



Dos habitantes da região serrana, praticamente metade são homens, e metade mulheres.

Mas, o número de homens e mulheres da região deve ainda ser estudado nas diversas faixas etárias (idades), o que passamos a analisar agora.

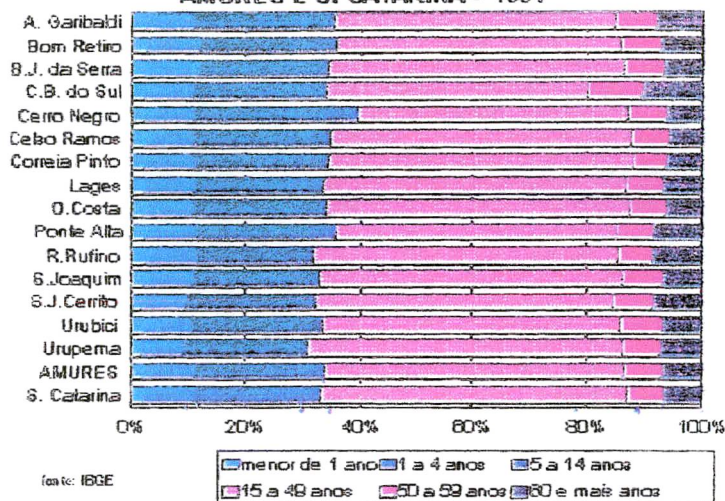
IDADES DOS HABITANTES DA AMURES



Para analisarmos a composição etária (número de pessoas em cada idade) da região, utilizamos as seguintes faixas etárias (faixas de idade): menor de um ano: são as pessoas que ainda não completaram um ano de vida. É uma das idades onde as condições de vida (alimentação, moradia, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, etc.) têm mais influência, e em que as crianças mais adoecem. Um a quatro anos (1 a 4 anos): são as pessoas que ainda não entraram na escola formal, e que, se não possuem mais os mesmos riscos à saúde dos menores de 1 ano, em compensação estão sujeitos a outros problemas. Já são mais independentes do que os menores de um ano, mas ainda não tanto quanto os escolares, estando mais sujeitos a acidentes domésticos e ainda a doenças contagiosas. Cinco a quatorze anos (5 a 14 anos): são as pessoas que estão na escola. Nesta idade, a maioria das pessoas convive com outras de sua idade. Estão, portanto, sujeitas a riscos à saúde ligados a sua idade, como acidentes e também às doenças contagiosas. Quinze a quarenta e nove anos (15 a 49 anos): são as pessoas que estão trabalhando, que estão inseridas no mundo produtivo. Estas pessoas estão sujeitas (pelo fato de estarem inseridas no mundo produtivo) a problemas de vida e saúde próprios, condizentes com sua condição de trabalhador. Cinquenta a cinquenta e nove anos (50 a 59 anos): é a faixa etária intermediária entre a idade produtiva (a anterior) e a terceira idade. Nesta idade, apesar de a maioria das pessoas estarem ainda trabalhando, surgem problemas de saúde próprios, como os problemas de coração e circulação. Sessenta e mais anos (60 e + anos): nesta idade, a maioria das pessoas já se aposentou, e têm problemas de saúde condizentes com a velhice. É quando mais aparecem os problemas de coração, circulação e câncer. Além disso, as pessoas, do mesmo modo que os menores de um ano estão mais fracas.

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

AMURES E S. CATARINA - 1991



O gráfico acima nos mostra a distribuição da população da região e do estado pelas faixas etárias. Nele podemos perceber o seguinte: de cada 100 pessoas, aproximadamente 2 têm menos de um ano; 9 têm entre 1 e 4 anos; 23 têm entre 5 e 14 anos; 50 têm entre 15 e 49 anos; 7 têm entre 50 e 59 anos; e, 9 têm mais de 60 anos. Esta realidade é parecida com a do estado de Santa Catarina. Porém alguns municípios possuem traços diferenciados, quais sejam: São José do Cerrito e Urupema têm menos crianças menores de um ano; Bom Retiro, Bom Jardim da Serra, Ponte Alta e Rio Rufino têm mais crianças entre 1 e 4 anos; Cerro Negro têm mais escolares (entre 5 e 14 anos); Campo Belo e Cerro Negro têm menos pessoas na idade produtiva (entre 15 a 49 anos). Em compensação, Celso Ramos, Correia Pinto, Lages, Otacilio Costa e Urupema têm mais; Campo Belo do Sul têm mais pessoas entre 50 e 59 anos, como também ocorre na faixa etária de mais de 60 anos. Do mesmo modo, São José do Cerrito possui uma população idosa importante.

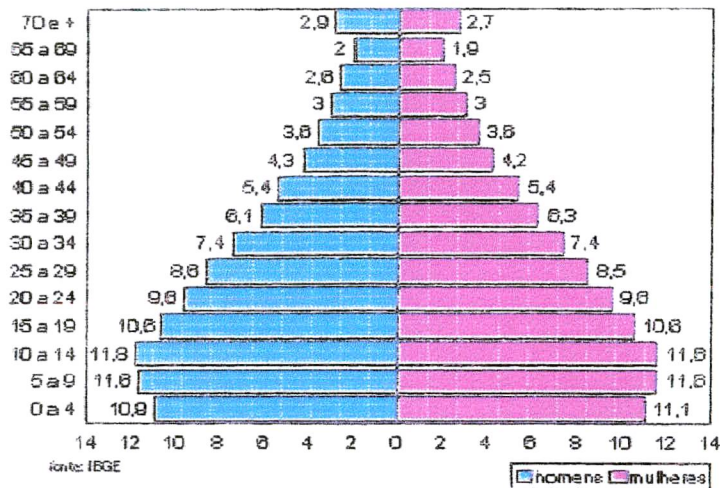
A análise da composição da população por faixa etária ajuda-nos em três problemas:

1º - a descobrir os maiores riscos de saúde a que a população de cada município está sujeita, já que cada faixa etária está propensa a doenças particulares, relacionadas à sua idade. As condições de vida interferem de modo diferenciado em cada idade;

2º - a ver se a população está aumentando ou diminuindo. Um número grande de pessoas jovens (menores de 15 anos) significa que a população está crescendo. Um número menor, que está diminuindo.

3º - a planejar os serviços da prefeitura. Sabendo quais são as idades e o número de pessoas de cada idade, as prefeituras podem planejar seus serviços de modo a atender as necessidades destas pessoas.

COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO REGIÃO DA AMURES - 1991



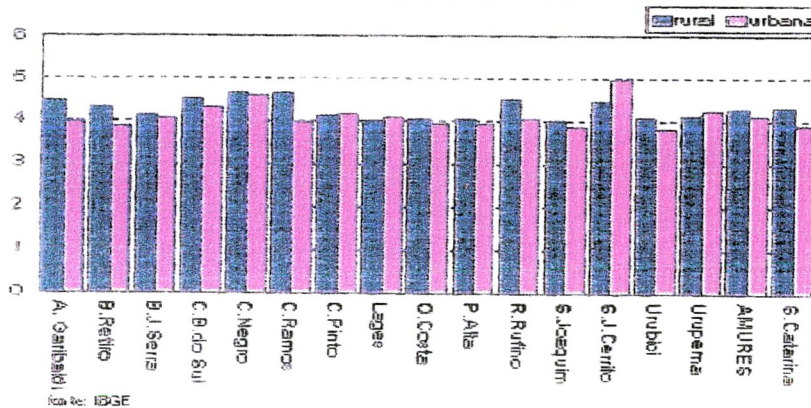
A análise da pirâmide populacional da região serrana mostra que a população menor de 4 anos diminuiu bastante em relação à de 5 a 9 anos, que também é menor do que a de 10 a 14 anos. Isto mostra que as mulheres estão tendo menos filhos. Podemos então pensar que a região da AMURES está diminuindo de dois modos: através do êxodo e da diminuição de filhos. Poderemos ver isso no coeficiente de natalidade - que mede o número de nascimentos em cada ano.

A FAMÍLIA SERRANA



Consideramos como família todas as pessoas que morem na mesma casa, independente do laço afetivo. No gráfico abaixo, vemos o número de pessoas que compõe a família serrana.

NÚMERO DE PESSOAS POR FAMÍLIA SEGUNDO A ZONA DE RESIDÊNCIA REGIÃO DA AMURES E ESTADO - 1991



A família serrana é composta (em média) de 04 pessoas: pai, mãe e dois filhos, sendo um pouco maior do que a família do estado. Em alguns municípios como Anita Garibaldi, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Cerro Negro, Celso Ramos, Rio Rufino e São José do Cerrito, o tamanho da família é maior (possui quase 5 pessoas).

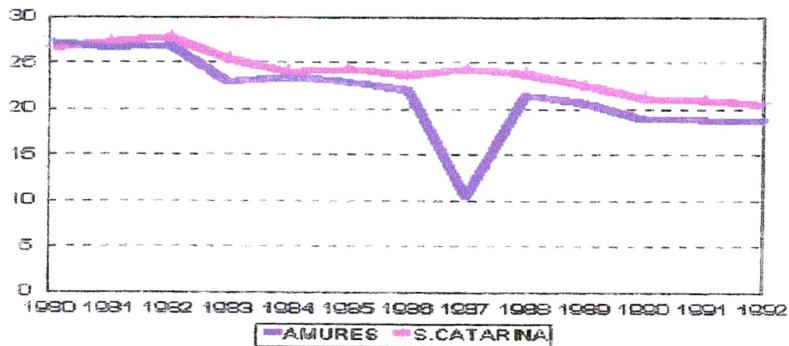
Dentro do esperado, a família rural desta região é maior do que a urbana. Nos municípios de Correia Pinto, Lages, São José do Cerrito e Urupema ocorre o contrário: a família urbana tem mais pessoas do que a rural. Este fato deve ser refletido, pois pode ser associado ao êxodo rural recente (onde as famílias vêm do campo para a cidade, conservando ainda seus costumes). Para termos uma idéia isto não ocorre em mais nenhuma região do estado, onde a família rural é sempre maior do que a urbana.

Outra possibilidade é a de que estes números não reflitam a realidade. Como as informações são baseadas na média (que pode ser comparada à história da galinha, onde uma pessoa come duas galinhas por mês, outra não come nenhuma, e a média das duas é que cada uma comeu uma galinha durante o mês), a análise do tamanho da família serrana pode ser distorcida.

O crescimento da população pode também ser visto pelo coeficiente de natalidade. Quanto mais alta for a natalidade, mais pessoas estão nascendo e mais numerosa a população. O gráfico abaixo mostra a queda da natalidade, tanto na AMURES, quanto no estado.

COEFICIENTE DE NATALIDADE

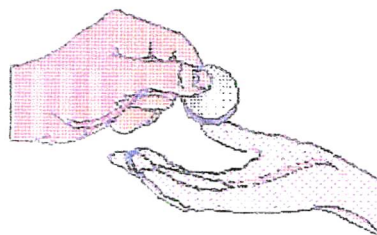
AMURES E SANTA CATARINA - 1980 a 1992



Fonte: GEINF/SES-SC

Como vimos na pirâmide populacional anteriormente, e no gráfico acima, o número de nascimentos na AMURES está diminuindo do mesmo modo que em Santa Catarina. Porém na AMURES há ainda a saída intensa de pessoas, que vão para outras regiões procurarem emprego. Veremos que alguns municípios da região serrana têm hoje menos habitantes do que há anos atrás.

RENDIMENTO MÉDIO MENSAL

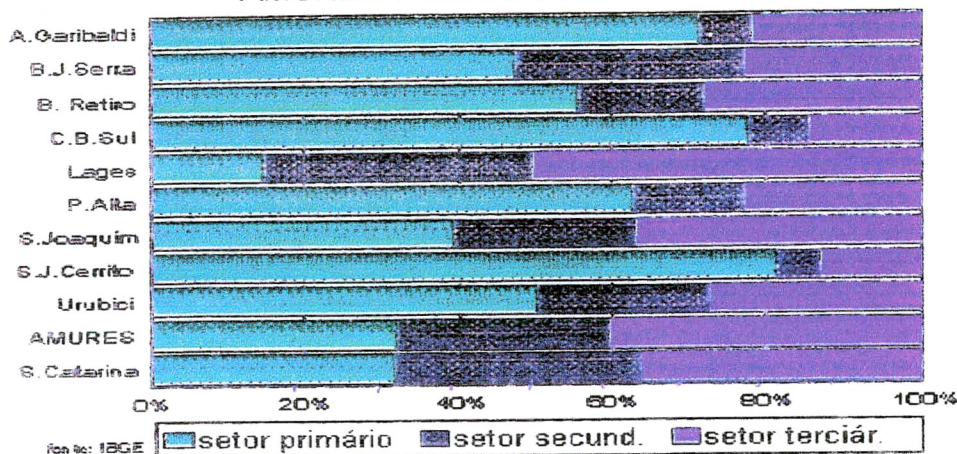


As condições de vida de uma população podem ser vistas também pelo rendimento médio mensal, a média de recebimento em dinheiro das pessoas maiores de 10 anos.

População economicamente ativa da região da AMURES

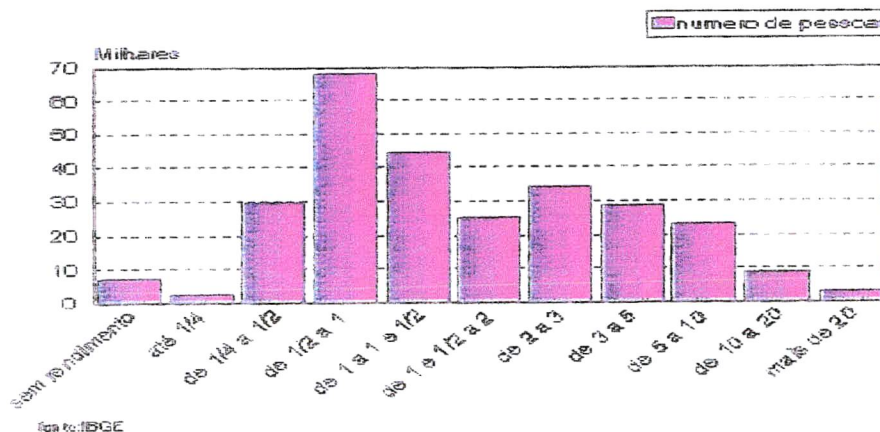
População economicamente ativa é aquela que trabalha e que tem carteira assinada. No Brasil os maiores de 10 anos são considerados economicamente ativos. Infelizmente, só conseguimos dados relativos ao ano de 1980, e sabemos que a realidade mudou bastante nestes últimos dez anos. Porém, dá uma idéia da economia predominante, do número de empregos, e das condições de vida das pessoas que vivem nesta região.

MÃO DE OBRA - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA
AMURES E S. CATARINA - 1980

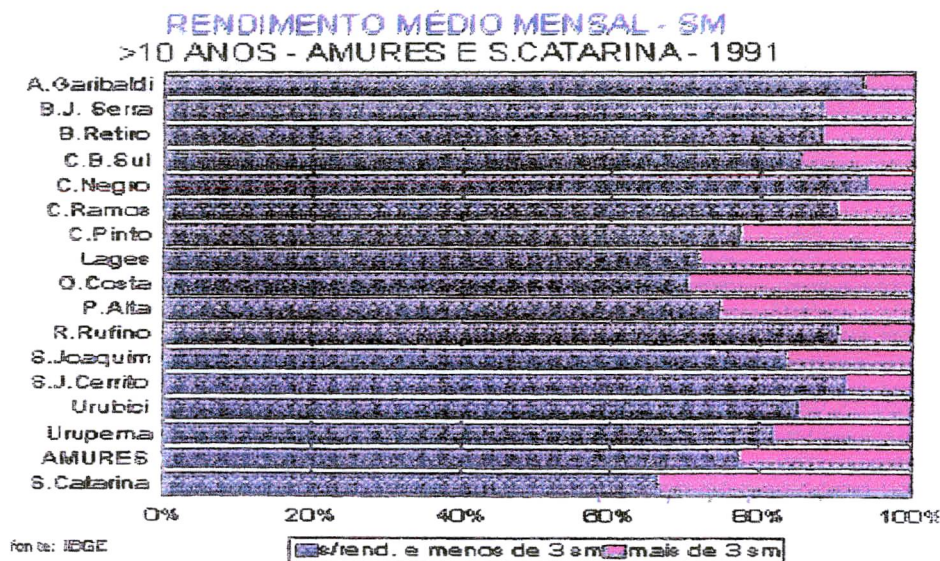


Como podemos ver no gráfico acima, o setor que predominava na região era o primário, ou seja, da agropecuária. Havia poucas indústrias, bem menos do que no estado de Santa Catarina (setor secundário), e o setor terciário (comércio e serviços) era bem maior do que o do estado. Esta distribuição oferece poucas opções de emprego para os moradores da região. Para conhecermos melhor, devemos ainda ver o rendimento médio mensal e a concentração de terras.

RENDIMENTO MÉDIO MENSAL >10 anos-AMURES- 1991



Como podemos ver no gráfico acima, na região da AMURES, o maior número de pessoas acima de 10 anos, que trabalham com carteira assinada, recebem entre meio e um (01) salário mínimo por mês. Esta situação fica ainda pior, se analisarmos o percentual de pessoas que recebem menos de 3 salários mínimos. (Gráfico abaixo)



A região da AMURES fica bem abaixo do estado de Santa Catarina. Nesta região, 9 em cada 10 pessoas recebem menos de 3 salários mínimos por mês. Já no estado, 7 em cada 10 pessoas recebem menos de 3 salários mínimos por mês. Dentro da região, há municípios em piores condições: Em Anita Garibaldi, Cerro Negro, Rio Rufino e São José do Cerrito 9,5 pessoas em cada 10 recebem menos de 3 salários mínimos. Já, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa e Ponte Alta têm o maior rendimento médio mensal: 7,5 pessoas em cada 10 recebem menos de 3 salários mínimos.

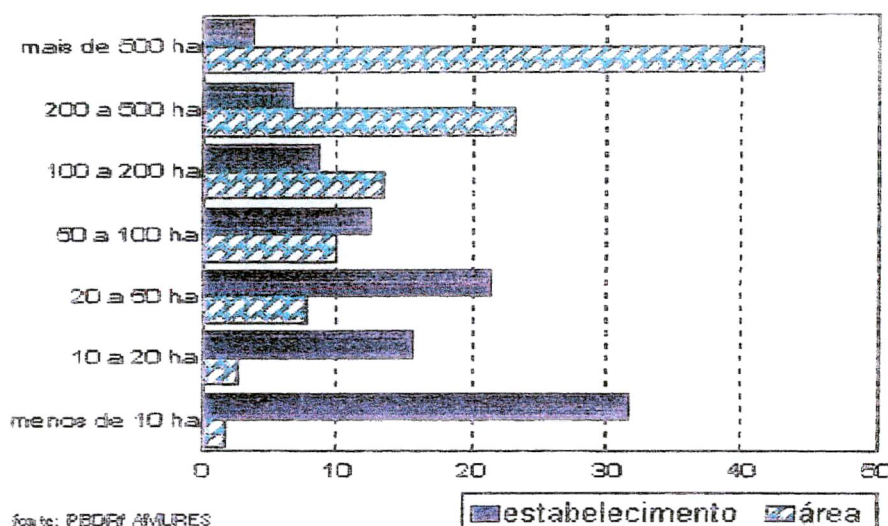
DISTRIBUIÇÃO DE TERRAS NA REGIÃO SERRANA

A distribuição de terras (ou estrutura fundiária), nos mostra o número de pessoas que têm bastante terra, e o número de pessoas que têm pouca terra. Desse modo, podemos ver as condições de vida, pois, se há muita terra nas mãos de poucos, e pouca terra nas mãos de muitos, poderemos pensar que a grande maioria das pessoas é pobre, e alguns poucos muito ricos. Assim, muita gente (por ser pobre) terá mais chance de adoecer e morrer.

Na região serrana a concentração de terra é muito grande, como veremos no gráfico a seguir. Esta região tem uma das maiores concentrações de terra de Santa Catarina. Isto significa que há muita terra nas mãos de poucos, e uma grande maioria com pouca terra (ou sem terra nenhuma).

ESTRUTURA FUNDIÁRIA

AMURES - 1990



Vejam os gráficos acima: 11,87% das propriedades da região serrana medem menos de 50 hectares, e estão nas mãos de 68,57% dos estabelecimentos. Por outro lado, 64,69% das propriedades possuem mais de 200 hectares e estão nas mãos de somente 10,19% dos estabelecimentos, o que nos mostra a alta concentração de terras.

FINANÇAS PÚBLICAS DA REGIÃO DA AMURES

As finanças públicas (o tanto de dinheiro que entra e é gasto em cada prefeitura) nos dá ideia da riqueza da prefeitura, e de sua possibilidade econômica de atender as necessidades da população. O gráfico abaixo nos mostra a relação entre recebimentos e gastos de cada prefeitura nos anos de 1986 e 1992. Todas as prefeituras tiveram, no ano de 1992 uma receita maior do que a do ano de 1986. Algumas gastaram mais do que do que receberam. Vejam os:

RECEITA E DESPESAS DAS PREFEITURAS EM US\$

AMURES E S. CATARINA - 1986 E 1992

municípios	receita86	despesa86	receita92	despesa92
A. Garibaldi	775,48	694,88	1044,64	1044,11
B.J.Serra	539,29	500,78	1430,99	727,58
B.Retiro	576,63	551,24	886,01	859,16
C.B.Sul	911,18	756,35	1467,51	1435,38
C.Ramos	0	0	453,62	495,44
C.Pinto	1346,75	1345,18	2558,19	2660,04
Lages	7127,26	7931,91	22771,65	21225,35
O.Costa	1987,05	2166,61	2512,35	2921,55
P.Aíla	619,87	600,24	890,36	891,34
S.Joaquim	1470,01	1456,05	953,21	944,09
S.J.Cerrito	678,48	648,86	2291,63	2253,01
Urubici	789,88	753,25	1206,37	1205,1
Urupema	0	0	689,25	796,35
S.Catarina	326630,7	341001,6	620038,6	620659,2

Fonte: BADESC

Os municípios que gastaram mais do que receberam no ano de 1992 foram: Celso Ramos, Correia Pinto, Otacílio Costa, Ponte Alta e Urupema. É importante sabermos também se o montante arrecadado por cada prefeitura é suficiente para os seus gastos, o que deverá ainda ser colocado neste diagnóstico de saúde.

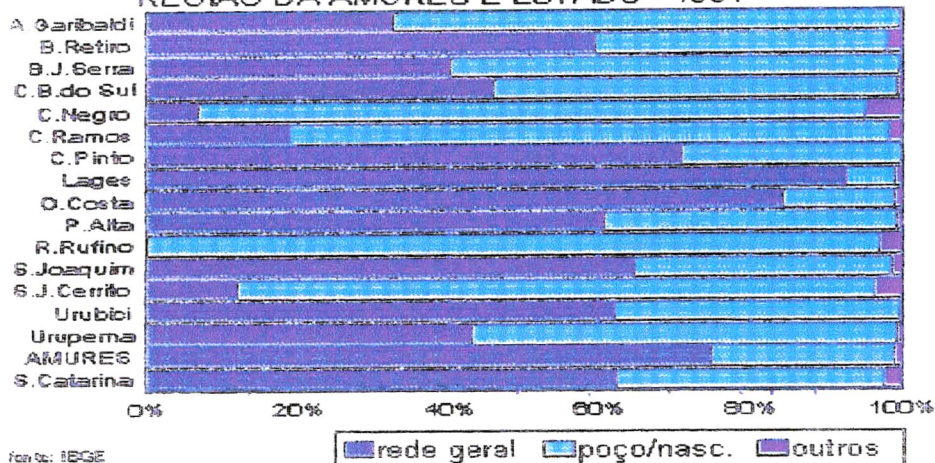
COMO VIVEM OS HABITANTES DA AMURES?

Aqui veremos saneamento (água e esgoto), a moradia, a escolaridade e a poluição ambiental. Com isso, poderemos ver os riscos de adoecer dos habitantes da região serrana.

SANEAMENTO BÁSICO

A água e esgotos tratados diminuem a chance das pessoas pegarem doenças transmitidas pelas fezes (seja de animais ou de gente). A água é essencial para a vida humana. Quem tem água tratada em casa tem mais saúde. Vejamos como a região da AMURES está, no que diz respeito à água e esgotos tratados.

PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS SEGUNDO A ORIGEM DO ABASTECIMENTO DE ÁGUA
REGIÃO DA AMURES E ESTADO - 1991



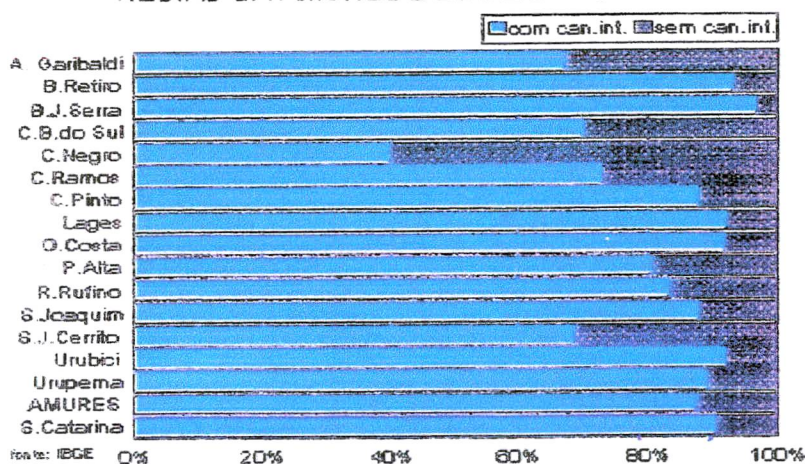
A proporção de casas com água da rede geral (água tratada da CASAN) varia muito de município a município. Isto porque a CASAN só atende as pessoas que moram na sede dos municípios. Aquelas que moram no campo geralmente tem água de poço ou nascente - água não tratada. Vemos que têm municípios em que a maioria das pessoas não têm água tratada. Nestes municípios as pessoas têm mais chance de pegarem doenças transmitidas pela água e fezes de animais, ainda mais que de cada 10 fonte de água da região, pelo menos 8 estão contaminadas com coliformes fecais (fezes de animais e pessoas).

Mas, também nos locais onde a água da CASAN chega na maioria das casas há chance das pessoas adoecerem. Isto depende (entre outras coisas), de cada casa ter canalização interna de água (torneiras dentro de casa).

A água pode ser contaminada em diversos lugares como a fonte, a caixa d'água, e a canalização (seja da rua ou de dentro de casa). Espera-se que a água da CASAN seja tratada na fonte, eliminando essa possibilidade. Restam ainda as caixas d'água e os canos. Nas casas que têm somente uma bica (na rua ou dentro de casa), há a possibilidade maior de contaminação. Vejamos então qual o percentual de casas na Região da AMURES que possuem canalização interna.

PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM CANALIZAÇÃO INTERNA DE ÁGUA

REGIÃO DA AMURES E ESTADO - 1991

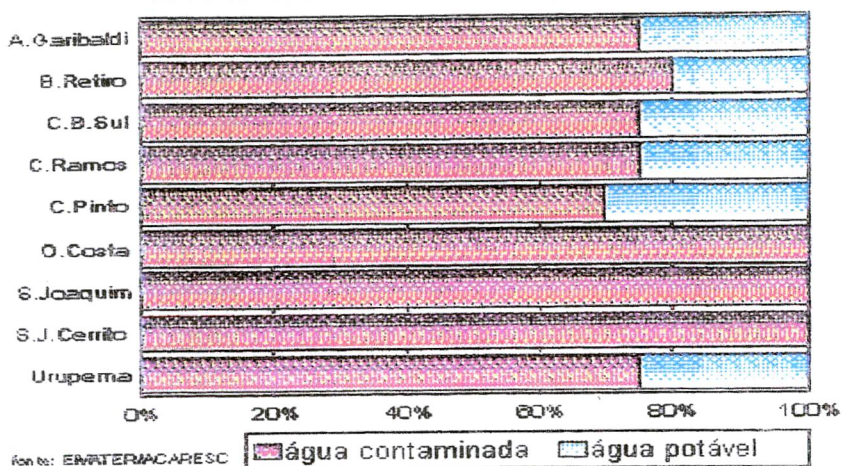


Na região serrana, de cada 10 casas, 9 possuem torneiras dentro de casa e somente uma não possui. Este número parece pequeno, mas não é, pois todas as casas deveriam ter água tratada e canalização interna. Anita Garibaldi, Campo Belo do Sul, Celso Ramos e São José do Cerrito têm menos casas com canalização interna: de cada 10 famílias, duas não possuem torneira dentro de casa. Podemos, a partir daí, pensar que nestes municípios têm mais famílias pobres e com mais chances de adoecer por causa da contaminação da água.

As informações sobre o tipo de água que as pessoas usam para beber devem ser vistas juntamente com as informações sobre a rede de esgotos. Não adianta ter somente água tratada para beber. Se não houver canalização e tratamento do esgoto (água suja, fezes, lixo, etc.), as pessoas terão muito mais chance de se contaminarem e adoecerem. O esgoto é tão necessário quanto a água tratada. Até mesmo porque a água suja, as fezes, o lixo, etc..., podem contaminar a água já tratada. Infelizmente, não existem informações sobre o número de casas com rede de esgoto e o tipo de fossas. Pensamos que há a necessidade de conhecer esta situação.

Outra questão importante sobre água e esgoto na região serrana é a qualidade da água que as pessoas que moram no campo estão bebendo, a pureza da água das fontes. De 1987 a 1989, foram analisadas a água das fontes dos municípios de Correia Pinto, Bom Retiro, São Joaquim, Urupema, Otacílio Costa, Campo Belo do Sul, São José do Cerrito e Anita Garibaldi (incluindo ainda Celso Ramos. Vejamos:

ANÁLISE DAS FONTES DE ÁGUA DAS FAMÍLIAS DO CAMPO REGIÃO DA AMURES - 1987, 1988, 1989

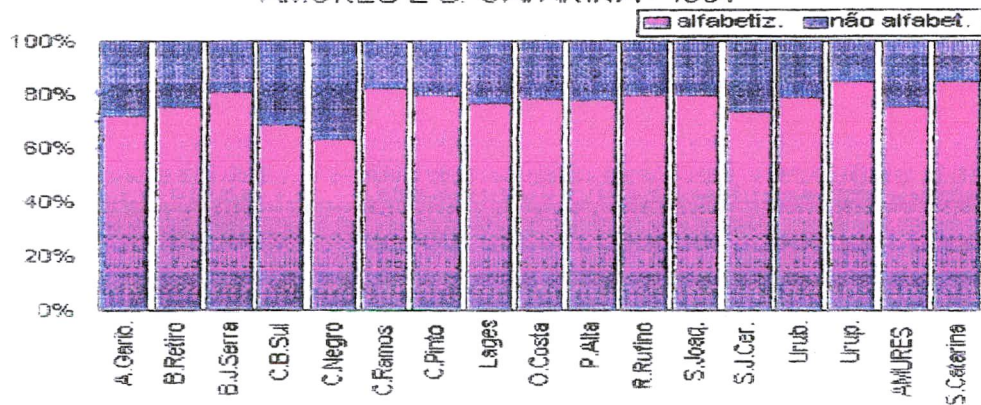


O gráfico acima nos mostra que a água que as famílias do campo estão bebendo está, na sua grande maioria, contaminada por fezes de animais e pessoas. As fontes de água de Otacílio Costa, São Joaquim e São José do Cerrito estão todas contaminadas. Em Anita Garibaldi, Campo Belo do Sul, Celso Ramos e Urupema, de cada 20 famílias que moram no campo, somente 5 bebem água limpa. Já em Correia Pinto (que é o município com o índice de contaminação mais baixo da região), de cada 20 famílias da área rural, somente 6 têm água limpa para beber. Todos que usam água suja (seja para beber, lavar as roupas ou os alimentos), têm muita chance de pegar vermes ou doenças transmitidas pela água (hepatite, cólera, diarreias, infecções no intestino, etc....)

EDUCAÇÃO

O acesso das pessoas à escola pública e gratuita também é um indicador de condições de vida. Uma forma dos governos investirem no crescimento das pessoas, seja individual ou coletivo é garantir o direito de todas as crianças a terem uma formação profissional, que lhe propicie viver dignamente. Para verificarmos como anda a educação dos municípios devemos ver o índice de analfabetismo, ou seja, o número de pessoas maiores de 5 anos que não sabem nem ler, nem escrever.

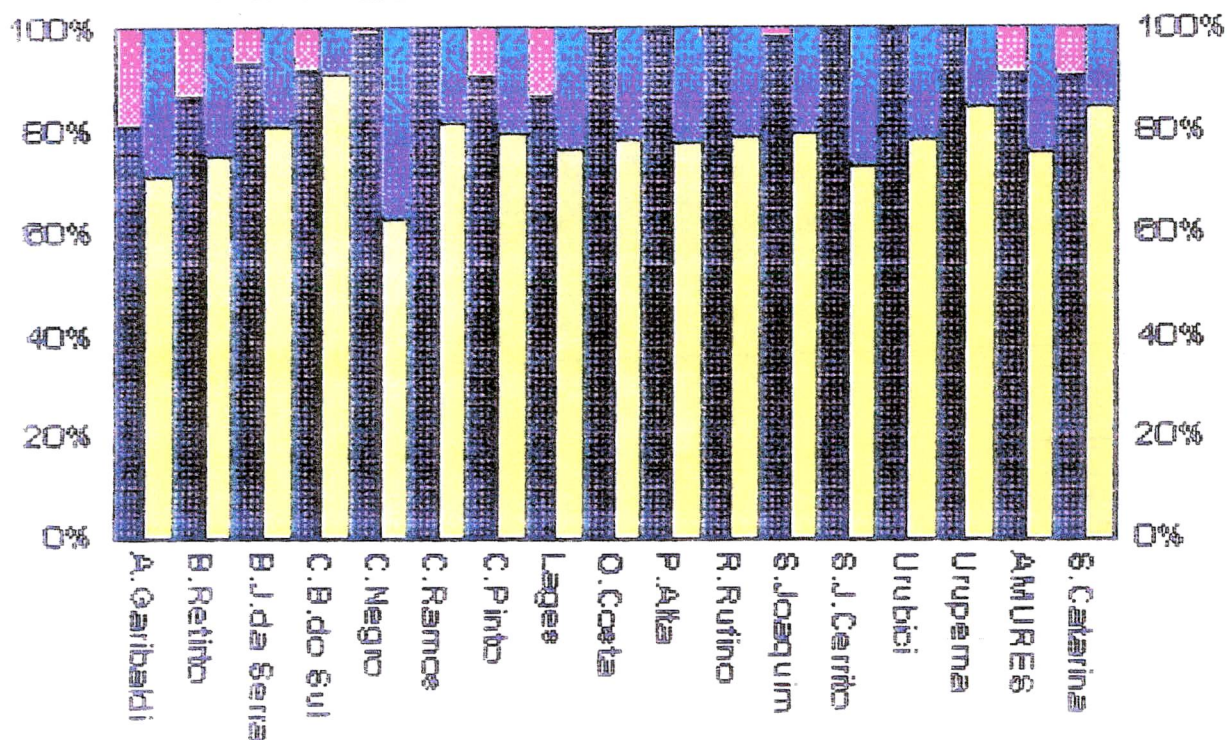
TAXA DE ALFABETIZAÇÃO* AMURES E S. CATARINA - 1991



Como podemos ver nos municípios da AMURES o percentual de pessoas maiores de 5 anos que não sabem ler ou escrever é maior do que o de Santa Catarina, com exceção de Urupema - que é igual. Destacam-se Anita Garibaldi, Bom Retiro, Campo Belo do Sul e São José do Cerrito como os municípios em que há o maior percentual de analfabetos. A existência de muitos analfabetos deve ser estudada: porquê na região serrana há tantas pessoas analfabetas? De qualquer modo, este fato tem implicações nas condições de saúde, na medida em que o analfabetismo está associado a piores empregos, a salários baixos, e conseqüentemente a uma qualidade de vida ruim. Há também relação com a ocorrência de diversas doenças e o aumento da mortalidade em menores de 1 ano.

O analfabetismo varia, dependendo da zona, (rural ou urbana), como podemos ver no gráfico abaixo:

TAXA DE ALFABETIZAÇÃO* AMURES E S. CATARINA - 1991



■ alfab/urbano □ alfab/rural ■ não alf/urb. ■ não alf/rural

*em maiores de 5 anos

No campo há mais pessoas analfabetas do que na cidade. Isto, tanto na região serrana quanto no estado. Mas, na zona rural de Santa Catarina há menos analfabetos do que na zona urbana de alguns municípios da AMURES. Observamos também que quase não existem analfabetos entre as pessoas que moram nas sedes das cidades de Celso Ramos, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema. De acordo com o gráfico, Campo Belo do Sul é o

município que tem o maior índice de pessoas alfabetizadas que moram no campo, ficando o mais baixo em Cerro Negro (onde de cada 10 pessoas, 4 são analfabetas), seguido de Anita Garibaldi, Bom Retiro, Correia Pinto, Lages, Otacilio Costa, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Serrito e Urubici (onde de cada 10 pessoas, 3 são analfabetas).

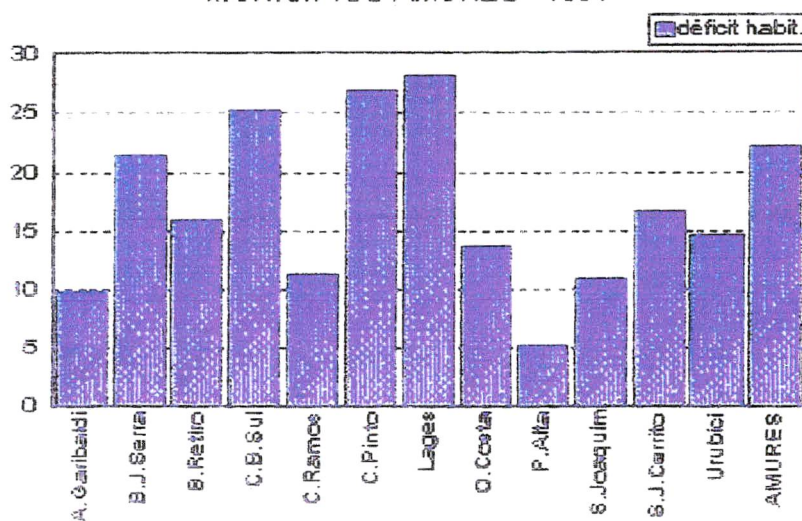
CASA



A existência de casa para as famílias morarem é um indicador de condições de vida, e conseqüentemente de saúde. A falta de casas dignas para morar está associada a baixos salários e a ocorrência de doenças e mortes. Esta falta é medida pelo déficit habitacional, isto é, a falta de moradias. Na região da AMURES, o déficit habitacional é bastante elevado:

PERCENTUAL DE FAMÍLIAS SEM CASA

MUNICÍPIOS AMURES - 1991



Fonte: PBDRA/MURES

Na região serrana, de cada 10 famílias, aproximadamente duas não moram em casas habitáveis. São os moradores das favelas, das palafitas, dos barracos feitos de caixotes de madeira e papelão. Em Lages e Correia Pinto, de cada 10 famílias 3 moram nestas condições. Já em Ponte Alta somente 1 família em cada 10 mora em condições precárias. É importante lembrarmos que neste percentual não estão incluídas as famílias que não têm casa própria.

ANEXO 8

Relação dos agrupamentos dos diagnósticos de internação hospitalar, segundo a qualidade dos serviços de atenção básica

Agrupamento das causas de internação hospitalar baseado no Diagnóstico da Lista M – DATASUS - SIH

Nome do agrupamento	Diagnóstico da Lista M	Motivos do Agrupamento
Hanseníase	A30	Programa Vertical do Ministério da Saúde
Tuberculose	A15; A16; A17; A18	Programa Vertical do Ministério da Saúde
Uso de drogas e álcool	F10; F11; F12; F13; F14; F15; F16; F18; F19; K70; T40; T43; T44; T51; T52; X65; Y50; Y91	Relacionados com o uso abusivo de drogas e/ou álcool, incluindo doenças alcoólicas do fígado e intoxicação por drogas e álcool
Má qualidade das ações de Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica	A00; A01; A02; A03; A04; A05; A06; A07; A09; A20; A23; A25; A26; A27; A28; A32; A90; B15; B52; B54; B55; B58; B65; B67; B69; B74; B85; B87; E01	Agraves transmitidos por agentes infecciosos via água/esgoto, alimentos comercializados, pouca atuação dos serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica (menos os agravos de notificação compulsória)
Imunopreveníveis	A35; A36; A37; A80; B01; B16; B26; J10; J11	Agraves cujas vacinas são oferecidas pelo Serviço Público, exceto Hepatite B
Meningites	A39; G00; G02; G03	Infeções por meningococos
Hepatites Virais	B16; B17; B18; B19	Hepatites Virais, incluindo Hepatite B
Assistência pré, trans e pós natal	A50; O61; O63; O68; O70; O71; O72; O73; O75; O85; O86; P00; P01; P13; P15; P20; P21; P35; P36; P37; P38; P50; P55; P57; P80; P92	Relacionadas diretamente à qualidade da assistência pré, trans e pós natal, independentes de ocorrerem com a criança ou a mãe
DST-AIDS	A51; A53; A54; A58; A59; A63; A66; B20; B21; B22; B23; B24	Doenças Sexualmente Transmissíveis, exceto Hepatites
Vermínose	B77; B82; B83	Helminthíases
Infeções Respiratórias Agudas	J00; J01; J02; J03; J04; J05; J06; J12; J13; J14; J15; J16; J17; J18; J21	Infeções virais e bacterianas agudas, que acometem vias aéreas superiores e inferiores
Fome	D50; D53; E40; E41; E42; E43; E44; E45; E46; E50; E55; E58; E59; E60; E63	Agraves carenciais, devido à falta de vitaminas, ferro e/ou proteínas
Hipertensão Arterial	I10; I11; I12; I13	Hipertensão Arterial Sistêmica e agravos diretamente relacionados
Intoxicação por Agrotóxico	T53; T60; T62; X46; X48; X49; X66; X69; Y18; Y19	Agraves oriundos de contatos com agrotóxicos, acidental ou não
Neoplasias Preveníveis	C50; C53; C54; C55; C61; D05; D06	Neoplasias com programas específicos de prevenção (colo de útero, mama e próstata)