

"MEDICINA COMUNITÁRIA - INVESTIGAÇÃO SOBRE
AS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR".

I - INTRODUÇÃO :-

Nos dias de hoje parece fato totalmente acei-
to o de que a maioria dos Modelos de Medicina Comunitária ,
propostos para os países do III mundo, tem uma origem comum,
qual seja o reconhecimento tacito e generalizado de uma -
crise de realização do Setor Saúde, em decorrência do baixo
impacto e do alto custo social do atual conhecimento médi-
co.

Deste modo a lógica imediata que tenta de-
monstrar o acerto e justificar a adoção de tais Modelos de
Atenção Médica nestes países, sustenta-se no binômio BAIXO
CUSTO/AMPIO ALCANCE DOS BENEFÍCIOS PRESTADOS;

Com estes pressupostos, aceita-se que a maio-
ria das propostas institucionais para a implantação e opera-
cionalização dos Modelos de Medicina Comunitária deixam per-
near sempre a mesma racionalidade, com vistas a relação -
CUSTO/BENEFÍCIO, seja qual fôr o objetivo programático de-
clarado.

Esta nova racionalidade, em última análise,-
impregna, necessariamente, os próprios modelos de participa-
ção popular em programas de saúde, que passam a ter final-
mente caráter apendicular nestes mesmos modelos.

O próprio esforço para a inclusão do novo Mo-
delo de Ação ao nível de Programas Nacionais de Saúde, a -

partir do enfoque da chamada Crise de Realização traz em - seu bojo forçosamente esta racionalidade, por ser ela inteligível ao sistema, relegando-se a segundo plano a determinação dos verdadeiros pontos de estrangulamento no setor - Saúde.

Assim, consegue-se taticamente a introdução/ de um novo modo de ação no setor, que no entanto vem formado pelo mesmo conjunto de valores e conceitos do modelo antigo.

A própria abordagem sociológica do problema, a partir do seu reconhecimento, quando se evidencia a hipótese de uma crise de realização, é sustada no momento, como se toda a contribuição sociológica fosse meramente instrumental - ela evidencia e desnuda um determinado problema, - no caso uma Crise, porém não participa da sua solução, pois daí para a frente o ato médico suscitará a transformação - necessária.

O presente projeto de investigação é calcado em diferentes Modelos de Atenção Primária em nível comunitário, todos eles já implementados e implantados há vários - anos.

O traço comum a todos os modelos incluídos - neste projeto vem a ser a promoção das mais variadas formas de participação popular, segundo um mesmo quadro teórico.

Embora os diferentes modelos venham sendo sustentados por um mesmo grupo de profissionais de saúde e estudantes, em cada localidade a proposta de trabalho genéri-

ca, no âmbito da Medicina Comunitária, gerou formas de organização e de estruturação com feições diversas, segundo as especificidades e peculiaridades de cada comunidade local.

Assim o mesmo grupo, dividido em pequenos grupos de trabalho em nível local, vem prestando serviços diversos em sete localidades diferentes, baseadas em postos estáveis, já há alguns anos.

Mais adiante o histórico do trabalho realizado por este grupo, em torno desta Entidade, será descrito minuciosamente.

Intenta-se aqui confrontar as diferentes formas de participação popular, segundo padrões societários e culturais diversos, privilegiando-se a análise de sua interferência na conformação e na própria realização dos diferentes Modelos de Atenção Médica.

Por outro lado tentar-se-á a análise da influência do caráter institucional marginal da ação médica sobre as formas de participação popular geradas no contexto dos diferentes Serviços existentes.

Na apresentação do quadro teórico, se fará a categorização dos elementos necessários ao enfoque analítico proposto bem como a delimitação dos referenciais utilizados na própria estruturação dos Serviços Médico Comunitários.

Resta ainda esclarecer que muito embora os diferentes modelos de desenvolvimento, tenham sido difundidos a partir de um mesmo ponto, ou seja, a partir do grupo

técnico reunido em torno desta Entidade, atualmente, cada/
trabalho considerado isoladamente é independente, pois a
função da Entidade tem sido a de PROMOÇÃO, DIFUSÃO E NORMA
TIZAÇÃO das diferentes ações ao nível da micro-região de -
Campinas.

. - .

II - HISTÓRICO DA AÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS COMUNITÁRIOS NA MICRO-REGIÃO DE CAMPINAS

O atual grupo técnico reunido em torno desta entidade vem mantendo já há cinco anos experiências com relação a implantação de postos de serviços estáveis junto a comunidade periféricas, em alguns municípios da sub-região.

As diferentes tentativas de implantação de / Serviços Médico Comunitários tiveram origem a partir de um mesmo quadro de referenciais teóricos, obtidos através:-

1 - da convivência crítica com experiências institucionais levadas a cabo no âmbito da Universidade Estadual de Campinas, quando notadamente da criação e implantação do Projeto de Paulínia.

2 - da necessidade sentida de encontrar um/ esquema alternativo diante da única via institucional que/ se mostrava no momento em que se desenvolviam as discussões teóricas, no âmbito de Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, com relação ao seu projeto básico de Medicina Comunitária.

3 - do exercício crítico diante da realidade do ensino médico brasileiro, ao se confrontar a disparidade entre o discurso teórico no âmbito acadêmico e as condições objetivas da prática médica ao nível do mercado de/ trabalho nacional.

4 - da discussão acerca das vias de prática profissional, ao se considerar a hipótese de uma Crise de Realização do Setor Saúde diante das evidências de uma deteriorização crescente das condições de saúde do povo brasileiro.

Neste contexto partiu-se para a implantação progressiva de postos de prestação de serviços ao nível de comunidades periféricas, inicialmente dentro do município de Campinas. A escolha das diferentes localidades obedeceu a critérios precisos segundo uma estratégia própria, volta da para promover o conhecimento acerca da realidade da vida da população marginalizada a grande parte dos benefícios sociais e aos meios de cura existentes neste município.

A estruturação destes postos obedeceu as diferentes condições existentes em cada comunidade, seja do ponto de vista da sua organização política (entidades representativas, associações de moradores, associações recreativas e religiosas) ou dos equipamentos institucionais disponíveis. Assim cada posto implantado e implementado com os recursos locais existentes adquiriu uma feição característica, embora mantivessem por trás um mesmo Modelo de Atenção Primária.

A participação comunitária em todas as fases do processo foi a característica comum as diferentes experiências levadas a efeito, sendo hoje o objeto da investigação proposta.

2176

É importante ressaltar que nenhum dos pos—

tos colocados em funcionamento interrompeu seu funcionamento em nenhuma época, desde a sua abertura.

Dentre os sete postos de atenção médica, — cinco já estão em funcionamento há pelo menos mais de um ano (dois deles há mais de 3 anos) e dois estão em fase de implantação.

Acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos desta Entidade no setor Saúde, surgiram condições para a prestação de serviços em caráter institucional, quando várias Administrações Municipais da sub-região de Campinas, manifestaram interesse em levar adiante o mesmo tipo de ação no setor.

Assim a partir do desenvolvimento dos trabalhos em nível marginal, do ponto de vista da dotação de recursos para a implementação e da ausência de limites impostos pela esfera de controle institucional partiu-se também para experiências em nível institucional propriamente dito, ou seja, submetido ao controle de uma política oficial de ação e de inversão de recursos.

O que foi caracterizado como nível de ação/marginal merecerá aqui alguns reparos ao considerar-se que, embora esta Entidade tenha, diversos momentos exercido influência normatizadora e mantido algum nível de contato com outras instituições (COHAB BANDEIRANTE, UNICAMP) tendo em vista a promoção do trabalho comunitário nos bairros de Campinas, em momento algum ela assumiu o controle diretivo sobre o mesmo.

Ao distinguir os dois níveis de ação que coexistem no seio do mesmo grupo técnico intenta-se confrontar/ as possibilidades encerradas nêles, no que concerne ao desenvolvimento das formas de participação popular, segundo as condições peculiares aos dois níveis, ou seja, o de caráter/ institucional e o marginal.

Mesmo hoje, ao se receber apoio institucional através de convênios com diversos Programas locais e regionais, que vieram trazer novos insumos técnicos ao desenvolvimento do trabalho comunitário, preservou-se a liberdade de ação nas áreas onde a população já sustenta, mantém e controla de algum modo a continuidade dos serviços. Esta liberdade de ação tem sido garantida em última instância e paradoxalmente, pela ausência dos insumos financeiros, com relação as diferentes políticas de inversão de capital no setor.

. - .

III - QUADRO TEÓRICO:-

I - A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITÁRIA

Para a discussão do que vem a ser a questão central da investigação proposta torna-se necessário examinar as condições que deram margem à inclusão do tema em diversos documentos oficiais de instituições sanitárias - internacionais, bem como ao nível de Programas de Saúde, nacionais e regionais, em diferentes países da América Latina.

Com a evolução histórica de uma crise de realização no Setor Saúde, com características próprias, nos países sub-desenvolvidos, a Medicina Comunitária e a discussão das formas de participação popular em seu contexto, vêm merecendo destaque especial dentro de diferentes projetos de reorganização do sistema médico sanitário.

Indubitavelmente as raízes mais profundas desta crise relacionam-se com:-

1 - A evolução técnica do conhecimento médico que, a partir dos países capitalistas avançados, permeia-se segundo uma relação de dependência unívoca para aqueles em estágio de desenvolvimento mais atrasado, deter

minando uma absorção maciça de métodos, técnicas e práticas objetivas que, impossíveis de serem geradas periféricamente, também não podem ser aí reproduzidas, em escala significativa, o que redonda em um círculo vicioso cuja realimentação somente é alcançada através de novos insumos externos e que condiciona uma situação final de absoluta dependência técnica e ideológica dos países periféricos com relação aos países centrais.

A absorção conhecimento médico importado não é homogênea, ocorrendo somente nas regiões onde o processo de desenvolvimento industrial e a concentração de capital alcançaram o estado suficiente e necessário para suportarem a sua aquisição. Mesmo nestas áreas a sua distribuição social não é equitativa, admitindo-se a sua utilização por pequenas parcelas da população.

O consumo de uma medicina altamente complexa, engendrada a partir de elementos semióticos e terapêuticos com alto grau de desenvolvimento técnico, conduz ao pequeno impacto social, na sua realização, tendo em vista a impossibilidade da sua distribuição equitativa por todas as camadas sociais.

2 - O próprio aprendizado e formação médicas influem nesta crise de realização, pois o conhecimento médico altamente tecnificado orienta a formação de profissionais

de saúde que ao penetrarem no mercado de trabalho não encontram a implementação e recursos suficientes para a sua aplicação. Assim sendo a crise de realização no Setor Saúde ocorre, pois as condições para a reprodução do ato médico em toda a sua complexidade somente ocorrem na esfera acadêmica e ao nível de pequenos grupos sociais de elite onde a concentração dos insumos necessários pode encontrar financiamento.

A proposta teórica que cerca a Medicina de Comunidade ganha força, quando, no quadro acima apontado - sustenta-se uma nova relação possível: BAIXO CUSTO SOCIAL/ AMPLO ALCANCE DOS BENEFÍCIOS PRESTADOS, sugerindo uma nova racionalidade na implementação e estruturação dos Serviços de Saúde,

Voltada na maior parte das vezes para a precária situação das camadas populares marginalizadas com relação aos benefícios do Setor Saúde ela oferece uma via: - alternativa e pacífica para as soluções dos problemas sanitários, que sem questionar ou antagonizar, em última instância, os postulados da ciência médica moderna, adquire o aspecto de uma rede complementar de prestação de serviços/ com complexidade mínima e amplo alcance social.

Neste contexto, ao abrir a possibilidade para as mais variadas formas de participação popular, a Medicina Comunitária apresenta uma faceta essencialmente reformista e altamente racionalizadora, ao se estabelecer uma via processual que intenta transformar as tensões sociais/

acumuladas pela marginalização aos meios de cura e a outros benefícios sociais, em energia participante, que na falta - de insumos técnicos provê uma nova cadeia de insumos humanos.

Pode-se afirmar que a Medicina Comunitária , enquanto não proceder ao rompimento com as relações de geração e reprodução do saber médico atual, manterá sempre um caráter de ação marginal ou tangencial, no que se refere às soluções dos problemas sanitários de caráter estrutural, - mormente quando em seu contexto aponta a via de participação popular.

A perspectiva racionalizadora diante do processo de transformação social, que ela traz em seu bojo, introduz ainda o conceito de controle social, exercido na - transferência das tensões sociais para os planos participantes em ações de saúde marginais.

Do que foi dito até agora conclui-se que:

1 - Não necessariamente o conceito de participação social envolve o de mudança social pois dependendo/ da manipulação das diferentes formas de participação pode - ser obtido o efeito contrário ao enunciado.

2 - O desenvolvimento das formas de participação social obedece ao desenvolvimento ideológico do todo/ social bem como se estabelece a partir das relações vigentes.

3 - Quanto mais rígido o sistema de organização social e concentrado o poder decisório mais difícil será a promoção das formas de participação dentro de Progra-

mas institucionais, pela inacessibilidade da população a níveis de decisão através do exercício crítico e do estabelecimento de uma política de ação compatível com os seus interesses.

2 - A AÇÃO SANITÁRIA TRADICIONAL E A SUA CONVIVÊNCIA COM AS NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO PARA A SAÚDE

A medicina desde os tempos imemoriais tem implicado no deslocamento do doente em busca do acesso aos instrumentos de cura.

"Desde a Grécia Antiga, onde se criou uma cartografia imaginária do saber médico, toda cura envolvia uma peregrinação, o tratamento supunha o exílio e o comércio de Esculápio um se perder na distância o turbilhão das cidades". (POLLACK)

O desenvolvimento tecnológico do conhecimento médico tem proporcionado, analogicamente, a criação de novas rotas e caminhos de cura, tal o modo que se concentram os instrumentos de cura engendrados por esse mesmo conhecimento.

É sabido que verdadeiras ondas migratórias envolvem a busca da cura para determinadas doenças, rumo aos grandes centros urbanos, em nossos países.

O saber médico, revestido por uma auréola quase mitológica cada vez mais é apropriado pelos profissionais médicos, segundo um escalão hierárquico peculiar.

"De médico e de louco todo mundo tem um pouco"; a cada dia o axioma popular é tornado um pouco menos -

verdadeiro tal a complexidade que ostenta nos dias de hoje/ a "arte de curar" complexidade esta que se filtra em gôtas/ homeopaticamente incompreensíveis para o restante da humanidade não eleita para a detenção de tal conhecimento.

No que se refere a formulação dos problemas/ dentro da prática médica, tais condições conduziram gradualmente os profissionais de saúde a considerarem a experiência direta do paciente como algo desdenhável e até mesmo como sistematicamente falseadora do processo patológico objetivo, tornando-se muito mais eloquente ou do ponto de vista da medicina atual mais objetivo, formular um problema mediante os resultados obtidos a partir da semiologia armada, com o seu arsenal de lâminas de biopsia tecidual, exames radiológicos e outros elementos de "visualização direta do processo patológico .

E é na busca de indicadores patológicos cada vez mais objetivos que se baseia a evolução do conhecimento médico atual, o que por outro lado vem afastando sistematicamente o profissional, da observância do processo, integrado no organismo do paciente que o procurou, como um todo e muitas vezes dependendo o seu aparecimento, das suas condições de vida anteriores e do meio.

A concentração, a apropriação do saber médico por pequenos grupos sociais de elite, traz a impossibilidade da distribuição dos modos e práticas objetivas que dele deveriam emanar para a evolução mais rápida dos conceitos e hábitos populares, gerando assim o baixo impacto sobre a transformação cultural de todo um povo, que deste mo-

do sofre muito pouco dos maravilhosos benefícios do arsenal terapêutico moderno.

Pela concentração, determinada pelos altos custos dos meios de formação e atualização científica, bem como dos meios técnicos de cura, detidos sempre por grupos sociais minoritários, define-se o BAIXO IMPACTO TECNOLÓGICO sobre a alteração dos níveis de saúde da população.

As próprias ações sanitárias com caráter nacional e regional carecem de maior eficácia na medida em que influenciadas por todas as defasagens observadas no referido quadro médico institucional, não se desenvolvem com o consenso popular de sua necessidade, pois o seu reconhecimento e utilização pela população implicam, necessariamente, na existência de um nível de consciência popular compatível, o que não ocorre.

Desta maneira as ações sanitárias desenvolvem-se via de regra, de modo impositivo, e muitas vezes restritivo, sempre com alcance efetivamente bastante aquém do que é esperado e do que é necessário.

Propostas paralelas de caráter institucional surgem em tal contexto, buscando formular e solucionar o problema da passividade, inconsciência e ignorância populares. Apontam-se então a urgência dos trabalhos de educação sanitária, de campanhas propagandísticas para o esclarecimento e alertamento da população para os graves problemas sanitários com os quais ela convive cotidianamente.

Pelas necessidades intrínsecas engendradas no processo industrial urbano a população recém chegada -

aos polos de desenvolvimento sofrem duplamente as suas consequências. Num primeiro plano ao emergirem novas necessidades diante das condições da vida urbana, a população, marginalizada aos benefícios sociais, sente a falência tanto dos meios autoctones de cura quanto das crenças e hábitos que os suportavam. Diante das novas relações sociais e produtivas, as figuras e mitos do passado caem por terra, sem nenhuma substituição, numa primeira instância.

Vislumbra-se diariamente a imensa potencialidade do arsenal terapeutico moderno em contraposição com o obsoletismo dos curadores, benzedeiros e comadres. Percebe-se a existência de uma nova rota, mas não se lhe conhece a entrada. A resposta é frustradora, e portanto, paralizante.

A deterioração nítida das condições de vida, o conviver diário com a morbidade da pobreza, o montante das novas necessidades não atendidas, não gera por si só, a conscientização para a ação. O conhecimento da nova miséria/não traz a superação do raciocínio mágico.

Pode-se muito bem conviver com o novo médico mantendo-se a expectativa anterior, frente ao benzedor. Surge apenas um novo curador. Muda-se o personagem, o ritual, porém mantém-se a velha mística. O encontro da tecnologia médica moderna com a estrutura ideológica da medicina popular não rompe as formas de resistência cultural e muito muito menos introduz uma nova praxis. Esse encontro, carente de eficácia e de baixo impacto sobre os padrões de saúde coletiva, tem como resultante apenas uma nova relação de dominação, garantida, em última instância, pela manutenção do -

raciocínio mágico.

Qualquer ação sanitária que intente desenvolver se apoiada na participação popular deve promover a antítese do esquema de atuação tradicional.

A possibilidade institucional desta afirmativa/ será uma das questões a serem estudadas pela presente proposta no decorrer da investigação, diante das limitações políticas e ideológicas inerentes a atuação institucional.

3 - HIPÓTESE DE TRABALHO

Até este ponto, tentou-se a partir da introdução a crítica do setor saúde, analisar de modo genérico, no âmbito da Medicina Comunitária, o contexto onde emergem as propostas de participação popular em Programas de Saúde, bem como a racionalidade assumida para seu suporte.

Neste tópico serão suscitadas algumas hipóteses de trabalho que deverão nortear o desenvolvimento da presente investigação, obtidas a partir de experiência já adquirida ao nível do trabalho desenvolvido nos últimos cinco anos.

Deverá ser em torno da questão do trabalho Médico, das características de sua aplicação, enquanto trabalho humano, junto às camadas da população, essencialmente marginalizadas diante do aproveitamento pleno dos recursos e benefícios da saúde, que repousará a hipótese central desta investigação.

2187

Assim sendo buscar-se-á no desenvolvimento do presente estudo, a análise profunda do caráter e idiossincrasias que este tipo de trabalho, no caso Trabalho Médico, pode assumir e gerar, mormente quando se desenvolve no seio de um "mecanismo contra corrente" ou seja considerando-se um contexto no qual esta via de prestação de serviços é

serviços é incumum, no tocante ao modo predominante de prestação de serviços médicos em curso no nosso país, segundo o modelo de organização médico sanitária vigente.

Entende-se aqui que toda a análise crítica do setor saúde, do saber médico, das novas propostas de ação no setor, do poder local, voltadas para discussão dos Modelos de Medicina Comunitária deverão trazer de antemão em seu bojo a compreensão acabada da conceituação e das características do Trabalho Médico, assumindo as questões a ele relacionadas enquanto fundamentais para o desenvolvimento de qualquer programa de ação em nível comunitário.

O Trabalho Médico, embora traga consigo o mesmo conteúdo técnico, quer seja aplicado em nível central no sistema de Atenção Médica, para uma elite social, quer seja aplicado periféricamente voltado para as camadas marginalizadas, tanto no plano individual ou no coletivo, desenvolve-se sob a influência de relações sociais determinadas, estando assim o produto deste trabalho condicionado social e ideologicamente, segundo as relações sob as quais teve origem. Assim muito embora as relações técnicas possam ser as mesmas, sob relações sociais diversas, o produto deste trabalho, encarado do ponto de vista do impacto social gerado, terá consequências diferentes para o todo social. Trata-se de um engano crer que com a uniformidade técnica do trabalho assegura-se a uniformidade do produto. Muito embora a conduta diagnóstica e terapêutica de determinada patologia não possa variar significativamente em um dado espaço/

de tempo, sob quaisquer relações sociais em que se desenvolva o trabalho médico, o resultado desta ação produzirá impactos dissemelhantes conforme a classe social onde esta ação terá lugar. Considerar indistintamente que o produto do Trabalho Médico é a saúde é onde reside o engano. A aspirina poderá ser a mesma, porém não o seu efeito sobre a saúde de diferentes cidadãos.

Assume-se aqui, que sendo o conceito de saúde muito mais abrangente do que o não estar doente, a intervenção do Trabalho Médico e o seu produto final também deverão necessariamente ser mais abrangentes. Para tanto é mister privilegiar a análise das relações sociais e do conteúdo ideológico que cercam este tipo de trabalho.

"Quando nos situamos a este nível de análise, não estamos nos referindo à relação médico-paciente como uma troca que envolve valores, nem às relações de autoridade, de representação e de ordem técnica, mas sim à relação estabelecida, dentro de uma formação social, da Medicina com o Econômico, o Político e o Ideológico. Trata-se portanto, de relacionar a Medicina com a produção em geral, com o poder e com o mundo das representações que cimentam este modo de produção. Situar-se a este nível é também relacioná-la com o conjunto das práticas correspondentes, ou seja, as práticas econômicas, políticas e ideológicas.

A preocupação com as relações estabelecidas entre saúde - doença e a sociedade, em suas dimensões econômicas e políticas, é bastante antiga. Assim, o Tratado de Hipócrates - Ares, Águas e Lugares - procurava estabelecer as/

relações existentes entre ambiente e saúde, considerando como ambiente fatores como o clima, topografia, qualidade da água e a organização política. Trata-se podemos dizer, de uma abordagem ecológica do conceito de saúde, porém em que um conceito fundamental ficava marginalizado da análise, qual seja, o de trabalho " (ROSEN, 1963).

HIPÓTESE 1 - O deslocamento do Cuidado Médico para a periferia do Sistema de Atenção Médica, garantindo o acesso da classe trabalhadora ao aproveitamento pleno dos instrumentos de cura disponíveis em um dado momento, por si só já representa um avanço social, quando isto ocorre, no seio de um sistema social que se caracteriza pela alta concentração de tais instrumentos em torno das classes hegemônicas.

HIPÓTESE 2 - Quando a relocação do Cuidado Médico é determinada segundo uma racionalidade que aponta a necessidade social da melhoria das condições para a reprodução da força de trabalho e da diminuição de tensões sociais, configura-se uma nova variável imprescindível: - a do CONTRÔLE SOCIAL.

Esta segunda hipótese não necessariamente anula a primeira pois as duas podem ocorrer, e em geral ocorrerem, juntas no mesmo processo, segundo a contradição interna nêle encerrada.

HIPÓTESE 3 - Segundo as duas hipóteses anteriores e intimamente relacionadas com a forma de articulação do Trabalho Médico com os aspectos econômicos, políticos e ideológicos da formação social vigente, as formas de participação popular em nível comunitário não necessariamente virão consolidar o avanço sócio-histórico ocorrido, nem, muito menos re-

presentar a garantia do surgimento de uma nova consciência norteando a ação.

Neste mesmo contexto estas formas de participação popular, se organizadas a partir da prestação de serviços mantém, as mesmas articulações formuladas e expressas nas formas de realização do Trabalho Médico, estando portanto indissocialmente vinculadas aos padrões ideológicos e políticos contidos numa dada formação social.

No desenvolvimento da investigação pretende-se, a partir destas hipóteses, analisar comparativamente as formas de participação popular que, articuladas ou não com as formas de prestação de serviços, tiveram lugar nas sete áreas da micro-região de Campinas onde o autor vem trabalhando há vários anos.

A comparação proposta estabelecerá um primeiro nível de análise, oferecendo então condições para o encaminhamento da investigação, segundo um tratamento teórico - mais profundo, ao nível das hipóteses de trabalho.

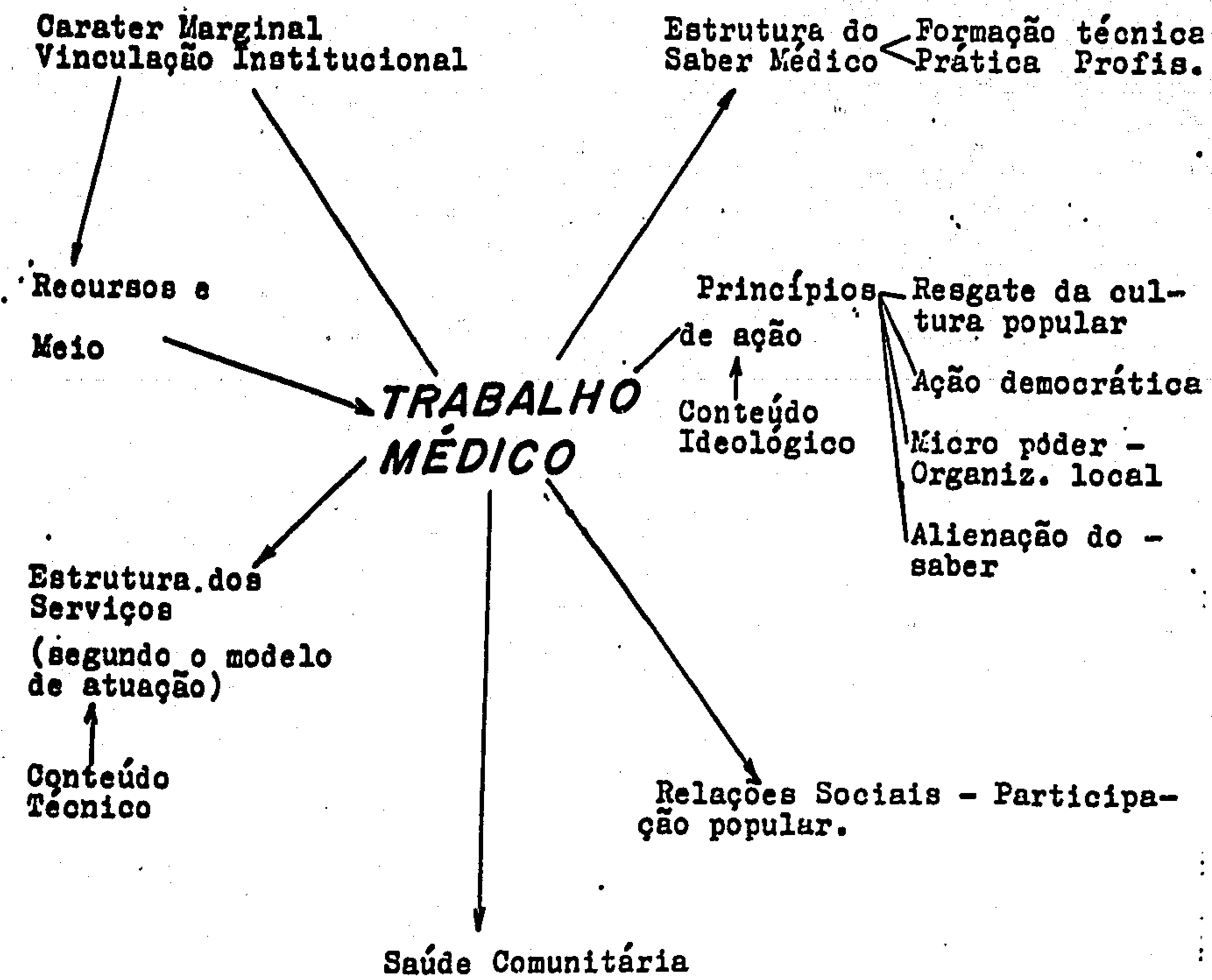
Para que o primeiro nível de análise seja possível será necessária a caracterização objetiva da população nas diferentes áreas segundo critérios e padrões sociotários, antropológicos, econômicos e também do ponto de vista médico sanitário.

Paralelamente será traçado um perfil da evolução das condições de organização local (micro poder, mobilização, mobilidade social) anteriores e instalação do trabalho médico comunitário e das condições atuais bem como a descrição minuciosa acerca da construção do modelo de atenção médica local conforme:-

- o grau de vinculação institucional;
- a alocação de recursos e a sua produção local;
- a interferência direta da população local - na organização dos serviços e na sua transformação;
- as relações com o poder local.

Finalmente concluindo o primeiro passo será / discutida a influência das variáveis contextuais externas - expressas no contato entre a organização médica-popular local e os outros níveis de poder, dentro e fora do desenvolvimento de processos de participação popular mais amplos , como por exemplo, o processo eleitoral.

SINOPSE



IV - PROGRAMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

PROPOSTA

1 - PROPOSITOS

Desenvolver de modo crítico a análise das experiências acumuladas em cinco anos de atividades teórica e/ prática no exercício de Modêlos de Atenção Médica Primária - ao nível comunitário.

2 - OBJETIVOS

1º - Oferecer contribuição científica para a execução de Programas de Saúde, que ao nível comunitário, - pretendam a promoção da participação popular em seu desenvolvimento.

2º - Testar a viabilidade institucional dos projetos sanitários inovados, fora do âmbito universitário, segundo as variáveis contextuais e estruturais vigentes em nosso país.

3º - Estabelecer condições e critérios necessários para a reprodução de uma nova prática médico-sanitária, em outras regiões de nosso país.

3 - SUB OBJETIVOS

1 - Divulgar as práticas objetivas relacionadas com o exercício do conceito de Medicina Simplificada, -

que empregadas no âmbito comunitário deram sustentação ao - Programa Sanitário local e ampliaram os esquemas de participação popular.

2 - Discutir a articulação do poder local - com os outros níveis de poder social e a sua influência sobre os esquemas de participação popular voltados para a solução dos problemas sanitários mais agudos.

3 - Caracterizar objetivamente o alcance dos diferentes modelos comunitários conforme a variação do grau de institucionalização promovido nas diferentes localidades segundo uma escala de proporcionalidade que gera a variação dos recursos alocados, o grau de participação popular alcançado, o alcance técnico do cuidado médico em relação aos benefícios sociais atingidos.

4 - METODOLOGIA

A investigação será desenvolvida através de duas etapas distintas, em dois tempos de análise.

Num primeiro tempo propõe-se, a partir dos relatos descritivos, referentes ao desenvolvimento do trabalho em cada localidade, a construção de um quadro de variáveis relacionado com as hipóteses de trabalho já determinadas.

O relato descritivo, obtido através da construção de indicadores de situação e de indicadores estruturais, vai permitir a criação dos parâmetros para a comparação dos trabalhos nas diferentes localidades, segundo os diferentes Programas em curso.

De posse do quadro das variáveis dependentes a investigação passaria ao segundo tempo de análise frente/ as hipóteses de trabalho suscitadas.

Pretende-se que no cumprimento da primeira - fase seriam gastos 4 meses de trabalho, assim divididos:

4 meses - 1ª - caracterização objetiva da população local - segundo critérios societários, antropológi-
cos, econômicos e sanitários.

2ª - elaboração do histórico do trabalho comunitá-
rio com base no depoimento direto dos morado-
res participantes e dos elementos do grupo -
técnico em atuação na área.

3ª - construção dos indicadores de situação e es-
truturais e apresentação do Programa de Saú-
de em curso ao nível da localidade segundo o
Modelo de Atenção Médica vigente.

A segunda fase compreenderia 6 meses seguin-
tes, envolvendo a apresentação de 2 relatórios trimestrais,
voltados para o exame e avaliação dos vários modelos em de-
senvolvimento.

Os dois meses finais seriam dedicados a ela-
boração do relatório final contendo a integra do trabalho -
levada a efeito.

A segunda fase, talvez a mais importante den-
tro da investigação corresponde mais exatamente ao núcleo -
da investigação quando as diferentes variáveis processuais/

... ..

judgadas significativas para o estudo serão analisadas de/perto segundo a avaliação crítica dos Programas apresentados ao final da primeira etapa dos trabalhos.

Segundo os princípios de ação discriminados no quadro teórico o grupo técnico relacionará as diferentes experiências unicamente com a finalidade de conduzir a presente investigação, sem que no entanto ela mesma interfira na direção assumida pelo trabalho de nível local. A independência e os níveis de decisão existentes serão preservados, sem o que a própria investigação jogaria o papel de variável dependente. A sua influência sobre a existência dos trabalhos deverá ser essencialmente normativa, enquanto agente para a sistematização das experiências em curso.

Análise da participação da população no
"Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do
Norte de Minas"

A. Objetivo

Pretende-se fazer uma análise, de caráter exploratório, das representações sociais de saúde e doença da população rural do Norte de Minas: pequenos proprietários, parceiros, agregados, trabalhadores permanentes e volantes.

Esta análise constituirá uma contribuição a um trabalho de pesquisa e intervenção junto ao projeto experimental "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas" que tem por objetivos gerais:

- 1) definir e experimentar formas de participação da população neste projeto;
- 2) fornecer aos agentes de saúde que atuam neste projeto uma metodologia de ação que favoreça a participação da população.

Entende-se que, quanto a esta participação é importante considerar o lugar que ocupa a problemática de saúde e doença na vida cotidiana da população rural.

A análise das representações sociais de saúde e doença, constituirá também uma contribuição ao desenvolvimento da sociologia rural, na medida em que problematiza a

realidade rural a partir da perspectiva da sua população.

B. Justificativa

1. Critérios da escolha do projeto

No período de 1974-75, a nossa equipe, então coordenada pelo Prof. Célio Garcia, realizou uma pesquisa sobre as representações sociais de saúde e doença de uma população de pequenos produtores em Capim Branco-MG.⁽¹⁾ Esta pesquisa tinha por objetivo de estabelecer as condições em que uma população rural pode participar ativamente em programas de controle da esquistossomose. Considerando que para esta participação é determinante, - além de fatores estruturais e conjunturais -, o lugar que ocupam a saúde e doença no universo das pessoas, resolveu-se tomar como objeto de pesquisa as representações sociais de saúde e doença.

Algumas conclusões desta pesquisa foram:

- 1) o discurso principal das pessoas diz respeito a problemas relacionados com o trabalho e os temas de saúde e doença aparecem secundariamente e muitas vezes relacionados com o tema de trabalho;

(1) Ver "Aspectos Psico-sociais da esquistossomose". Comunicação apresentada na 28ª Reunião Anual da SBPC. Brasília. 7-14/71 1976.

Será ainda publicado um relatório final desta pesquisa.

- 2) a população de pequenos produtores na área estudada vem sofrendo um processo muito rápido de transformação em assalariados rurais ou urbanos, o que é acompanhado por um processo de readaptação no nível ideológico;
- 3) as representações sociais de saúde e doença aparecem de forma fragmentária e ambígua: estão presentes no discurso da população, tanto uma visão que vê a saúde e doença articuladas com as condições concretas de vida (dizendo respeito, basicamente, às condições de reprodução social), como outra que reduz a saúde e doença a uma problemática percebida relativamente autônoma e expressa em linguagem médica.

Os resultados deste estudo foram concebidos por nossa equipe como apenas um primeiro passo. Considerou-se importante ultrapassar o nível descritivo e chegar a um nível analítico que permitisse articular as representações sociais de saúde e doença com as relações sociais de produção. Em função disto resolveu-se ampliar o estudo para outras categorias da população rural, o que possibilitaria estudos comparativos. Os resultados obtidos sugeriram também a necessidade de se estudar mais profundamente como as representações sociais de saúde e doença determinam as condições da participação da população em programas de saúde. Decidiu-se, então, elaborar um projeto de pesquisa neste sentido.

A partir da premissa de que a pesquisa deveria ser relevante para agentes de saúde que atuam em programas que visam à participação da população, resolveu-se reali-

zã-la no Norte de Minas, onde o Centro Regional de Saúde de Montes Claros está implantando o projeto experimental: "Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas". Este projeto de Saúde propõe a participação da população no nível de programação, execução e avaliação.

O objetivo principal do "Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas" é a extensão da cobertura dos serviços de saúde a pelo menos 70% da população rural do Norte de Minas. Pretende viabilizar isto através de:

- 1) a coordenação das instituições que mantêm serviços de saúde na área: MS (SUCAM, FSESP), MPAS (INPS-FUNRURAL) SES MG (Centro Regional de Saúde de Montes Claros);
- 2) a hierarquização dos serviços de saúde em termos de complexidade e custos crescentes: unidade auxiliar de saúde, unidade ambulatorial, hospital local, distrital e regional, retendo-se a maior parte dos pacientes nos níveis inferiores do sistema;
- 3) a descentralização dos serviços de saúde (regionalização);
- 4) a utilização de auxiliares de saúde recrutados no nível local;
- 5) a participação da população local nos níveis de planejamento, execução e avaliação do projeto;

6) a integração da medicina curativa e preventiva. ⁽²⁾

A área em que está sendo implantado cobre o conjunto de municípios que constituem a Área Mineira da SUDENE, excluindo Aguas Vermelhas, e englobando mais 5 municípios que não fazem parte da área mineira da SUDENE: Santa Fé de Minas, São Romão, Buenópolis, Augusto de Lima, Joaquim Felício. A área de atuação compreende, desta forma, 46 municípios, que ocupam a extensão de 128.816 KM², com uma população estimada para 1975 de 1.073.978 habitantes.

Aproximadamente 200.000 pessoas, que correspondem a 75% da população ativa, trabalham no setor primário. A pecuária predomina em importância e o rebanho bovino da região corresponde a mais ou menos 12% do total do estado. A agricultura é relativamente inexpressiva e apenas 10 municípios têm atividades predominantemente agrícolas com produção de cana, mandioca, arroz, algodão, amendoim e feijão. Na parte oriental da região, correspondendo as superfícies dissecadas do Espinhaço, a atividade mineradora tem alguma importância, embora predomine também aqui a atividade pecuária. O setor de transformações de importância ainda reduzida se concentra basicamente em Montes Claros, Bocaiuva e Pirapora e tem revelado baixa capacidade de absorção de mão-de-obra.

(2) SESMG, Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: Características Básicas e Estrutura Funcional do Modelo. Documento Tema I. 1ª Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas.

A estrutura da propriedade da terra revela uma alta concentração, uma vez que 19% das propriedades agrícolas possuem até 10 ha e ocupam apenas 1% da área total, e pouco mais de 2% das propriedades rurais estão acima de 1.000 ha, absorvendo 44% da área total. Os grandes proprietários geralmente absenteístas, só tem interesse na pecuária e as roças dos agregados tem por finalidade principalmente a preparação ou renovação dos pastos. As pequenas propriedades concentram-se na borda ocidental do Espinhaço (municípios de Porteirinha, Mato Verde, Monte Azul, Espinosa, Riacho dos Machados) e é comum aqui a parceria.⁽³⁾

Está ocorrendo na região a implementação de grandes empresas agropecuárias e empresas de reflorestamento com o apoio da SUDENE. Uma consequência disto é a eliminação gradual das pequenas propriedades e a expulsão dos agregados e moradores das fazendas. Desta forma uma grande parte da população rural é privada de seus meios de subsistência e, transforma-se em trabalhadores. O grande contingente de mão-de-obra que vai se formando, além de levar a migração, permite uma alteração no sistema de exploração da força de trabalho, reabsorvendo-o na economia rural como mão-de-obra mais barata. A região caracteriza-se, desta forma, por um contingente já considerável de trabalhadores volantes, ativos principamnete em desmatamento.

As transformações que estão ocorrendo na região, faz com que esta ofereça condições adequadas para um estudo que procura articular as representações sociais de saúde e doença com as diferentes formas de relações de produção.

(3) Ver. Fundação João Pinheiro. Área Mineira da SUDENE, Programa Integrado 76/77. B.Hte. 1975. Vol.2.

Por sua vez, a implantação do projeto experimental permite estudar a importância das representações sociais de saúde e doença da população, quanto à participação desta é, ao mesmo tempo, permite colocar este estudo a serviço da prática dos agentes de saúde.

II. A relevância dos resultados esperados

A relevância do projeto de pesquisa, apresentado aqui, relaciona-se, principalmente à importância atribuída à participação da população no Projeto Experimental "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas". Diz-se em um dos documentos preparatórios do projeto: "... o sistema de saúde, englobando a vida de relação do homem em tudo que diga respeito à saúde, deve se caracterizar por uma participação do homem e dos grupos sociais da comunidade tanto a nível de planejamento, quanto a nível de operação e avaliação do sistema. Tal modelo contempla a comunidade como agente e destinatário do sistema e não como seu objeto".⁽⁴⁾ Adotando esta perspectiva, o projeto assenta-se tanto nas diretrizes do II Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social como nas da Organização Pan-Americano de Saúde: ambos recomendam a participação comunitária nos programas de Saúde, visando a que a população assuma responsabilidades crescentes no equacionamento e na solução dos problemas relacionados à promoção de sua saúde.⁽⁵⁾

(4) SESMG. O.C. p7.

(5) SESMG. Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas: Programa de Extensão e Cobertura. Doc.Tema III 1ª Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas. B.Hte. abril de 1976.

A necessidade da participação da população se fundamenta nas limitações impostas à provisão de serviços de saúde em áreas tais como o Norte de Minas.⁽⁶⁾ Estas limitações são de dois tipos: as que se relacionam com as características da população e seu meio ambiente e aquelas que se referem ao próprio sistema de saúde.

Da concentração da propriedade da terra, aliada à expansão de empresas rurais, resultam baixíssimos níveis de renda dentro da população. A renda domiciliar da população urbana era em 1975 de Cr\$239,27, enquanto que a do Estado era de Cr\$370,00 nessa época.⁽⁷⁾ Ao mesmo tempo, encontram-se condições muito precárias de saneamento: apenas 11% dos domicílios e menos de 50% dos domicílios urbanos é servida por abastecimento de água; somente 6,1% da população total dispõe de latrinas em casa, sendo que apenas Francisco Sá, Bocaiuva e Montes Claros possuem rede de esgoto; 36,9% das habitações são classificadas como rústicas, ou seja, são construídas com materiais improvisados.⁽⁸⁾

Os baixos níveis de renda e as más condições de nutrição, associadas a péssimas condições sanitárias têm por consequência condições de saúde muito precárias. Há grande incidência de doenças parasitárias. O índice de positividade de verminoses é altíssimo; a doença de Chagas e a esquistossomose são endêmicas; a tuberculose a lepra e a sífilis são

(6) Ver. Somarriba, M. de M.G. Notas sobre o Programa Regional de Saúde do Norte de Minas. Belo Horizonte. F.J.P. 1976 (mimeo)

(7) Ver. Fundação João Pinheiro, Área Mineira da SUDENE, Programa Integrado 76/77. B.Hte. 1975. Vol. 2.

(8) Idem. Vol. 3.

encontradas com frequência. Embora são grandes as necessidades de cuidados de saúde, a assistência à saúde encontra uma série de barreiras, tais como falta de recursos humanos, falta de equipamentos mínimos, falta de informações sobre as necessidades reais da população, atitudes preconceituosas do pessoal de saúde em relação à população rural pobre.

Nestas circunstâncias, a simples provisão de serviços de saúde, através de hospitais, postos médicos etc. não constitui a forma adequada de atacar o problema dos baixos níveis de saúde. O paciente tratado e curado, voltando às mesmas condições precárias de vida, necessitará de novos cuidados dentro de um prazo muito breve.

Parece inevitável a conclusão de que os programas de saúde devem levar em consideração as condições de vida da população. Nesta perspectiva, torna-se importante a participação da população. Ela possibilita por um lado vencer a distância habitual entre os agentes de saúde e a população e por outro lado permite que a própria população, tornando-se consciente das relações entre os problemas de saúde e outros, contribua para mudanças no ambiente e no comportamento, importantes para melhores condições de saúde.

Isto requer uma outra postura do agente de saúde: ele não vai simplesmente levar à população a salvação através da tecnologia médica, mas assume principalmente o papel de descobrir, estimular e desenvolver elementos de organização e conhecimento que dizem respeito ao problema de saúde.

É aqui, que a análise das representações sociais pode dar uma contribuição muito valiosa aos agentes de saúde. Ela elimina o véu ideológico pelo qual o mundo rural aparece como simplesmente atrasado e ignorante e que sugere

que a "terapêutica indicada" seria uma ação exterior ao meio rural, e revela como a problemática de saúde e doença se configura na dinâmica da estrutura social.

Acreditamos, que esta análise constitui também uma contribuição ao desenvolvimento da sociologia rural. Nesta sociologia, muitas vezes mais de caráter instrumental do que científico, o rural é definido, geralmente, como a negação ou o contrário de seu referencial urbano. Uma análise das representações sociais de saúde e doença, dizendo respeito à construção da realidade social pela população rural, poderá contribuir a uma redefinição do campo de análise e um maior conhecimento da população rural. (9)

C. Discussão Técnica

I. O Problema da Participação

A 22ª Resolução da XXIII Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, recomendou aos Países Membros, "que concedam uma alta prioridade à formulação e execução dos programas que visam criar nos indivíduos um sentido de responsabilidade com sua saúde e a de sua comunidade e a criar a capacidade de participar consciente e construtivamente nos programas cujo objeto seja o bem estar da população". (10)

(9) Ver sobre uma discussão do objeto da sociologia rural. Martins, José de Sousa. Capitalismo e Tradicionalismo: estudos sobre as contradições da sociedade agrária no Brasil. São Paulo, Pioneira 1975.

(10) Organização Pan-Americana da Saúde. "Conceptos Modernos sobre planificación participante". Documento. HP-HE - 12, Washington, 1975, p.1.

Esta recomendação inscreve-se numa série de recomendações de teor igual de outros organismos, tais como por exemplo a FAO. Técnicos em planeamento, sociólogos, antropólogos e economistas tem chegado à conclusão de que podem existir programas governamentais bem elaborados que, não obstante, fracassam por falta de apoio efetivo da população. A partir disto, a participação da população foi elevada à categoria de recurso fundamental para a aceleração do desenvolvimento econômico e social.⁽¹¹⁾

Geralmente, porém, fica-se apenas no nível de recomendações e normas. Temos declarações tais como: "...a população tem de participar ativa, consciente e organizadamente na formulação e execução dos planos e programas considerados pela planificação. Não se pode adotar uma atitude que trata de se impor de cima para baixo sobre a população".⁽¹²⁾

Desta forma, a participação em programas de saúde, de reforma agrária etc. fica muitas vezes apenas no nível ideológico, expressando-se como um ideal humanista que se desemboca em reivindicações por uma participação "autêntica", "ativa", "real", etc. Outras vezes, reduz-se a uma simples aplicação de técnicas participacionistas (trabalhos de grupo, sociodramas etc).

Neste tipo de abordagem, o problema de participação é situado, de uma ou outra forma, no nível de mudança de mentalidade e hábitos dos indivíduos. Coloca-se como objetivo da participação, a diminuição da resistência ao processo de mudança e a cooperação ativa e consciente da população em

(11) Ver Affonso, A. Participación de los campesinos en la Reforma Agraria. en. Desarrollo Rural en las Américas. Vol V. Nº I, 1973 pp. 37-50.

(12) OPAS. o.c. p.2.

questão, percebida, até então, de forma estereotipada, como resistente à mudança, ignorante, apática, dependente, etc.

Na prática, esforços de se obter uma tal participação da população, muitas vezes fracassam ou outras vezes levam a formas rituais de participação em troca dos benefícios oferecidos pelo agente de intervenção. Desta forma, as concepções estereotipadas em relação à população em questão são reforçadas.

O marco teórico deste tipo de abordagem é constituído por uma taxonomia dicotômica do tipo "moderno x tradicional" e seus correlatos "industrial x pré-industrial", "racional x irracional", "urbano-rural" etc. Esta taxonomia resulta de uma sociologia empírico-descritiva, que padece de conteúdo explicativo e é despojada da análise histórica. Principalmente a sociologia rural ^{trabalha} com esta taxonomia dicotômica, apresentando o meio rural com um meio social qualitativamente diferente do meio urbano, campo de intervenção para ser modificado: o rural destina-se a ser superado pelo uso instrumental da sociologia, mas ao mesmo tempo é produto dessa sociologia, enquanto elaboração, isto é, enquanto realidade que só se torna intelectualmente apreensível através da concepção teórica. Este tipo de enfoque desloca o significado analítico das relações de produção para explicações de condicionantes "ambientais" ou "culturais" do comportamento dos indivíduos e propõe, a partir disto, mudanças comportamentais através de processos de re-socialização e interiorização de uma mentalidade nova, moderna e racional. (13)

(13) Ver Lewin, H. A temática do "mundo rural" nos planos brasileiros de desenvolvimento econômico. Debate & Crítica. Nº 4 1974. pp. 83-106.

A crítica fundamental que se pode fazer a este tipo de abordagem da participação é que a participação ou não participação da população não é relacionada com uma estrutura social dada. Não se estabelecendo esta relação, o fato de que não se obtem a participação num programa, é atribuído aos próprios indivíduos considerados dependentes, apáticos, ignorantes, etc.

A partir destas considerações propomos um enfoque, em que a participação ou não participação são referidas às estruturas que as condicionam. Entendemos que as características e as formas de participação se vinculam à forma objetiva pela qual os homens estabelecem relações sociais por meio de suas atividades produtivas. Não se deixa de lado aqui, como as condições objetivas são simbolizadas e transformadas no nível do "vivido". Ao tratar de características e formas de participação, torna-se, portanto, importante, introduzir uma análise deste nível, o que nos refere a uma análise das representações sociais.

II. As representações sociais

Em nossa pesquisa sobre representações de saúde e doença, realizada em Capim Branco temos nos baseado, principalmente num trabalho de Claudine Herzlich.⁽¹⁴⁾ Segundo Moscovici, ela define as representações sociais como sistema de valores, noções e práticas contendo uma dupla função: 1) de instaurar uma ordem que dê aos indivíduos a possibilidade de se orientar no ambiente social e natural e de o dominar;

(14) Herzlich, CL. Santé et Maladie: Analyse d'une représentation sociale. Paris: Mouton, 1969.

2). de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propiciando-lhes um código para suas trocas e um código para nomear e classificar da maneira unívoca as partes do mundo, da história individual ou coletiva.

Pesquisamos neste sentido as representações sociais de saúde e doença de uma população de pequenos produtores e procuramos em seguida articulá-las com o lugar que os pequenos produtores ocupam no processo de produção.

Não nos afastamos muito desta forma da prática habitual das ciências sociais, em que a análise das representações sociais consiste em estabelecer um novo significado entre os conteúdos manifestos de um discurso e um conjunto de variáveis que formam parte de algum sistema sócio-cultural. A interpretação do discurso procura neste caso, descobrir uma certa "concepção do mundo" ou uma "determinada imagem" da realidade (ou de um setor da realidade), concepção ou imagem que se "explica" em termo da identidade social de seus portadores. O vínculo mais habitual entre as representações sociais fundamenta-se na noção de "interesse", que aparece quase sempre associada à noção de distorção da realidade. Por trás desta abordagem encontra-se uma concepção instrumental funcional da linguagem: a manifestação linguística (o material da análise das representações sociais) é concebida como instrumento a serviço de uma necessidade, (interesse), necessidade que é completamente exterior à própria manifestação, percebida como não-problemática e "evidente".⁽¹⁵⁾

(15) Verón, E. Condiciones de producción, modelos generativos y manifestación ideológica. en: Verón, E (ed). El Proceso Ideológico. Buenos Aires, Ed. Tiempo-Contemporáneo, 1971.

O erro fundamental deste tipo de abordagem é considerar "o econômico" "o político" e "o ideológico" como instâncias autônomas, já efetivadas e individualizadas que em seguida são articuladas em termos de causa e efeito. Temos que considerar, porém, que a efetivação e individualização das relações sociais de produção não dispensa suas expressões políticas e ideológicas. "Toda a questão reside em estabelecer seus vários níveis de espelhamento, representação e dramatização, que nada têm a ver com relações de causa e efeito, como se uma infra-estrutura, já efetivada e individualizada, provocasse efeitos numa supra-estrutura, já efetivada e individualizada".⁽¹⁶⁾

No projeto presente procuraremos desenvolver uma abordagem que demonstre como as representações sociais (o ideológico) se constituem, imbricando-se com as relações sociais de produção. Tentaremos salientar como o processo de síntese se realiza. Desta forma não concebemos a saúde e doença como algo dado, já individualizadas, percebidas de forma diferente conforme os interesses de vários grupos sociais, para chegar à conclusão de que se trata de uma relação imaginária com as condições objetivas. Procuraremos analisar como as representações sociais de saúde e doença fazem parte de um processo em que as relações sociais de produção se instauram, respondendo sua própria realidade, considerando que saúde e doença, dizem respeito a reprodução social. Sem dúvida vamos encontrar nestas representações aspectos ilusórios, porém estes não são menos reais.

(16) Gianotti, J. Notas sobre a categoria "Modo de Produção". Para uso e abuso dos sociólogos. Cebrap, 1976 (mimeo). p. 3.

III. Aspectos metodológicos

A pesquisa a ser realizada pretende dar subsídios aos agentes de saúde que estão implementando o projeto "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte do Minas". Em geral pesquisas sociais são desenvolvidas por cientistas sociais que possuem um "conhecimento" da realidade, elaborando-o e produzindo-o, enquanto os técnicos responsáveis pela execução recebem este como algo pronto a ser utilizado ou aplicado. Esta divisão torna difícil a "transmissão de qualquer conhecimento efetivo, a não ser através de um processo de simplificação progressiva, tornando este abstrato e irreal. Face a esta problemática, torna-se mister relacionar o conhecimento produzido a partir de pesquisa e reflexão com a atividade cotidiana dos agentes executores.

Desta forma questões metodológicas importantes desta pesquisa dizem respeito à forma de como se dá a articulação entre teoria e pesquisa no processo de investigação por um lado, e, por outro lado, a articulação entre pesquisa e intervenção. Quanto à articulação entre teoria e pesquisa, embora devamos admitir que esta questão ainda não esteja resolvida no âmbito das Ciências Sociais, entendemos que esta articulação deve dar-se num processo dinâmico em que a teoria "projeta e antecipa a pesquisa, ao mesmo tempo que reflete e registra seus resultados".⁽¹⁷⁾ Quanto à articulação entre pesquisa e intervenção, partimos do pressuposto de que a mesma dinâmica que está presente no processo de reflexão teórica e

(17) Mello, M.C.D'Incao - "O Bóia Fria" - Acumulação e Miséria - Ed. Vozés, 2ª ed. pg. 18 e 19.

observação, se desdobra no processo de pesquisa e intervenção. O conhecimento adquirido no processo de pesquisa se tornará instrumento para intervir na própria realidade, tanto em relação aos pesquisadores como à população. Ao mesmo tempo, a intervenção leva à formulação de novas questões a serem retomadas num processo de pesquisa. Desta forma, o trabalho consiste numa interação entre teoria, pesquisa e intervenção, e nela há uma articulação constante entre o trabalho de campo e o de "laboratório".

O trabalho de campo tem por objetivo a compreensão do conjunto de noções, imagens e práticas referentes à saúde e doença e a partir disto propor formas de participação.

Estas noções e práticas são elaboradas não no nível individual, mas se determinam, em última instância, pela situação específica dos agentes sociais, ou seja pelo lugar que as pessoas ocupam no processo de produção.

Por isto, a pesquisa não se interessa pela frequência de uma determinada variável ou de um conjunto de variáveis. Ao invés de determinar o modo pelo qual características específicas ou individuais com determinadas características se distribuem em um universo conhecido, procura detectar como a partir do lugar que as pessoas ocupam na estrutura econômica e social se geram suas representações e suas práticas. Segue disto a metodologia a ser adotada na pesquisa. A principal técnica de pesquisa será a observação e a entrevista com indivíduos que por sua posição numa rede social se constituam "informantes chaves". Esta abordagem não deve ser confundida com um projeto clássico de pesquisa de campo cujos métodos e objetivos são bem diferentes. Neste caso o método

geralmente seguida é o da seleção de um grande número de casos a partir de um universo cuidadosamente definido de tal maneira que cada informante tem idêntica probabilidade de figurar na amostra. A seleção aleatória assegura, neste caso, que a amostragem final seja "representativa" do universo de que seja retirada, a qual constitui um pré-requisito essencial para um estudo, cuja meta seja a quantificação da frequência dos eventos ou das características da população.

No caso do presente projeto de pesquisa, a validade da amostra não depende tanto do número dos casos ou da amplitude em que sejam aleatoriamente selecionados, porém do lugar que as pessoas nas redes sociais e das informações relevantes que possuem a partir disto.

Pelo fato de que não se procura a frequência de uma variável específica, mas antes a compreensão global de como noções e práticas se geram pelas determinações estruturais, a equipe de pesquisa será multidisciplinar. Embora haja uma tendência natural de que cada indivíduo procure focalizar principalmente o seu próprio ramo de interesses, a idéia presente é o de se evitar uma segregação de esforços.

As técnicas de pesquisa - observação e entrevista fazem com que se deva selecionar uma área relativamente pequena de tal forma que se possa estabelecer um contato mais intensivo com a população. A área a ser selecionada deve se caracterizar por uma heterogeneidade de atividades econômicas, englobando as atividades mais características para a região. Devem estar presentes nesta área pelo menos algumas unidades auxiliares de saúde.

Tendo em vista que as noções e práticas configuradas em representações sociais se constituem imbricando-se com determinações estruturais, a pesquisa procura identificar a estrutura social. Para tal torna-se importante considerar as mudanças nas relações sociais de trabalho e a inserção na divisão social de trabalho. Tentou-se em seguida detectar como essas se efetivam e individualizam articulando-se com a estruturação de noções e práticas em relação à saúde e doença.

Para assegurar que a pesquisa tenha relevância para os agentes de saúde que estão implementando o projeto "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas", a pesquisa será discutida junto com estes agentes em todas as suas fases e, se for necessário, reformulada.