AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA OPERAÇÃO DE
POSTOS DE SAÚDE EM PEQUENAS COMU-
DADES RURAIS DO NORTE DO ESTADO DE
GOIÁS - BRASIL

ANTONIO CARLOS DE AZEVEDO

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
AO DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE
SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO.

ORIENTADOR:

PROF. DR. ALDO DA FONSECA TINOCO

SÃO PAULO

1979

A E L E O N O R A

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA OPERAÇÃO DE POSTOS DE SAÚDE EM PEQUENAS
COMUNIDADES RURAIS DO NORTE DE GOIÁS - BRASIL

Antonio Carlos de Azevedo

E R R A T A

I VOLUME

pág.	linha	onde se lê:	leia-se:
11	21a	de FUNDEP -	da Fundação SEADE
v	30a	is seems	it seems
3	Última	presente século ⁷⁸	presente século ⁷⁸
12	5a	Hai i,	Haiti,
14	7a	via	havia
19	7a	Câmara	câmara
22	3a	saude	saúde
23	14a	apenas	ao mês
25	2a	agreg das	agregadas
27	6a	r ral	rural
28	9a e 25a	enfermaria	enfermaria
28	40a	sanitário	sanitário
29	3a	nascimento	nascimentos
32	3a	administr ação	administração
33	3a	metaria	material
36	31a	41,3%	41,3
37	2a	médi a	médica
39	2a	dispendio os	dispendiosos
44	12a	poder-se-ia	poderia
48	16a	(SPSS("Stat...	(SPSS - "Stat...
49	8a	a pecros	aspectos
49	32a	(ISAUDEi....a seguir,	...a seguir) e
53	1a	indi avam	indicavam
53	37a	"score"	("score")
54	16a	3xemplo	exemplo
55	6a	prop iamente	propriamente
56	1a	fossa	fossas
61	18a	princilpalmente	principalmente
64	8a	gosto pelo ambiente"	"gosto pelo ambiente"
72	7a	,Origie	,Origem
74	7a	se dirigem	se dirigem
82	10a	(variedade...do teste)	(variedade...do teste):
82	18a	teste de hipótese	teste de hipóteses,
83	16a	" " "	" " "
85	41a	(figs.35 a 36)	(figs. 35 e 36)
86	4a	istrogenicam nte	istrogenicamente
91	2a	micidames e	oitidamente
92	5a	(A Amazônia...	(a Amazônia...
93	5a	"mortalidade experimental"),	"mortalidade experimental",
95	21a	Fendall ⁹⁴ 1979	Fendall ⁹⁴ 1979
103	6a	mostraram-se	mostraram-se

II VOLUME

3	2a (fig 4)	laterias	laterais
20	37a	parcialmente	parcialmente
21	Tabela 5	CUIDADOS COM A	CUIDADOS COM A
	(cabeçalho)		

AGRADECIMENTOS

- À Equipe de Porto Nacional, com seus médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, visitadoras, atendentes, auxiliares de saneamento, educadores, especialmente aos atendentes rurais,

nas pessoas de Heloisa e Eduardo Manzano - alma e traço-de-união da Equipe.
- A Marta Campos Tauil, pela substancial e inestimável ajuda, especialmente na elaboração, aplicação e avaliação dos inquéritos.
- Ao Professor Rodolfo dos Santos Mascarenhas, pelo estímulo e entusiasmo que nos infundiu pela Saúde Pública como instrumento de serviço ao próximo e de realização pessoal.
- À Professora Ruth Sandoval Marcondes, pelo constante apoio e estímulo.
- Ao Professor Aldo da Fonseca Tinôco pela afabilidade, compreensão e valiosa ajuda.
- A Alex Mundigo da Fundação Ford - Rio.
- Ao Professor Euclides Castilho, pela ajuda no processamento e análise estatística dos dados.
- Ao Professor Rubens Murillo Marques, da FUNDEP, pelas sábias e oportunas sugestões.
- Ao Professor Tércio Pacitti, pelo auxílio no processamento de dados, por intermédio do Núcleo de Computação Eletrônica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Ao Senhor Arthur Botelho de Barros pela prestimosa colaboração com as ilustrações.

Í N D I C E

	Pág.
I. <u>INTRODUÇÃO</u>	01
II. <u>CONSIDERAÇÕES GERAIS</u>	03
III. <u>O TRABALHO EM PORTO NACIONAL</u>	18
ANTECEDENTES	18
O TRABALHO NA UNIDADE MISTA	20
VISITA A OUTROS SERVIÇOS RURAIS NA AMÉRICA DO SUL .	27
O SERVIÇO DE SAÚDE RURAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL	30
IV. <u>METODOLOGIA</u>	42
A ORGANIZAÇÃO DO INQUÉRITO	45
ATRIBUIÇÃO DE NOTAS ("SCORES") RELATIVAS À HABI- TAÇÃO E À INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO À SAÚDE	49
V. <u>RESULTADOS</u>	87
COMPARAÇÃO ENTRE AS COMUNIDADES "ANTES" E "DE- POIS"	75
VI. <u>DISCUSSÃO</u>	87
ESCOLHA DE SILVANÓPOLIS COMO CUMUNIDADE-TESTEMU- NHO	87
VALIDADE DOS RESULTADOS	91
COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A EXPERIÊNCIA DA LITERATURA	95
VII. <u>CONCLUSÕES</u>	104
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	107

RESUMO

O autor estuda o impacto da operação de postos rurais com utilização de pessoal auxiliar de formação elementar, em três comunidades isoladas no interior do Estado de Goiás - Brasil. As comunidades tinham entre 120 e 352 habitantes e distavam entre 58 e 67 km da sede do município. Foram realizados inquéritos "antes e depois", com intervalo de 1 ano e seis meses entre ambos. Uma quarta comunidade serviu de testemunho, na qual, no entanto, somente foi possível realizar o inquérito "depois". O inquérito aplicado envolvia a coleta de dados referentes a informações sobre cada membro da família, habitação, saúde, trabalho e relações de vizinhança, e foi idealizado por pessoal com experiência no local, tendo em vista o uso de termos regionais e sua aplicação pelo auxiliar rural.

As conclusões são no sentido da impossibilidade de se avaliarem indicadores tradicionais de saúde num grupo de comunidades tão pequenas; de que houve modificação no padrão declarado de utilização de serviços, com diminuição da procura de serviços na sede do município pelas gestantes e principalmente, por parte da população em geral; e de que houve diminuição da procura do sistema informal de saúde (curandeiros e rezadores). Os resultados com relação à vacinação foram modestos face à escassez de imunizantes na região à época do estudo. Houve aumento do grau de informação com relação à saúde nas três comunidades. Houve melhora da qualidade da habitação, principalmente devido à construção de privadas higiênicas (fossas secas). Além do incremento acentuado na formação de hortas domésticas houve modificações da vida comunitária não previstas no projeto, que foram: aparente diminuição dos hábitos de mascar e aspirar fumo, incremento na proporção de famílias possuidoras de rádio e, principalmente, aumento de sua utilização como meio de obter informações de fora da comunidade e ainda aumento da frequência das viagens. Se estas modificações puderem ser atribuídas de fato à presença do atendente rural, o que parece possível, estaremos diante de um processo de modernização da comunidade, desencadeado pela presença do posto rural. Não foram identificados efeitos negativos da operação do posto. Especialmente a duração do período de amamentação (mediana em torno de 6 meses) foi mantida. O modelo de investigação parece ser passível de ser aplicado em outros serviços rurais do interior do país a custos muito baixos.

O trabalho contém ainda breve resenha histórica da utilização de pessoal auxiliar em atendimento primário de saúde, especialmente em áreas rurais.

SUMMARY

This paper describes the evaluation of the impact of health stations services on three isolated small villages in the Brazilian Amazon Region (State of Goiás). The communities, located 58 to 67 Km from the town of Porto Nacional, by the Tocantins River, had between 120 and 352 inhabitants. A fourth village was included in the study as a control group. A survey was performed "before" and "after" within a year and a half time span, but due to circumstantial reasons, it was only possible to conduct an "after" survey in the control community. The surveys were constituted of a questionnaire which gathered personal data of each family member, housing conditions, health patterns, working and neighborhood relations. They were designed by local experienced technicians, including regional language (idioms) and the feasibility of interview by the health aide.

Conclusions are established in terms of evaluation impossibility of the traditional health indicators in tiny communities like the ones which were observed and in such a short time span. Clear changes were observed in the stated patterns of health services utilization, including a decrease in the town medical and public health services demand by pregnant women and mainly by the general population and a decrease of demand on the communities informal health system (healers, herbalists). The vaccination program showed modest results due to lack of the immunizants in the region at that period. In all three experimental communities, an increase in the health knowledge and housing quality scores was observed. The latter was related chiefly to the construction of privies. Besides an improvement also in the cultivation of backyard gardens, some unplanned effects upon the communities were observed: (1) a decrease in proportion of adults chewing and sniffing tobacco, although the "modern" habit of smoking didn't suffer any modification; (2) increase in radio set ownership and its utilization as a news-gathering device (instead of the "traditional" source - travelling neighbors) and (3) increase in the frequency of trips outside the community. If, in fact, these modifications can be related to the presence of the rural health station, as it seems probable, they could be identified as a "modernization pattern" of population practices under the action of the primary health worker. Although searched for, undesirable results of the aides' action were not identified. Particularly the breast-feeding period was maintained or slightly increased. The author concludes recommending the convenience of the research model for utilization in similar situations because of the survey's applicability by auxiliary personnel and its remarkably low cost.

The paper includes also brief historical and theoretical comments on auxiliary-health personnel utilization in primary health care delivery systems specially in rural areas.

1. INTRODUÇÃO

Uma das características que distinguem a ação de saúde pública em contraposição à mera assistência curativa, além da operação por programas é a abrangência pretendida por essa ação, tendo em vista o equacionamento dos problemas de uma proporção significativa da população. Essa abrangência, ou cobertura, tem sido, entretanto, um dos pontos vulneráveis da grande maioria dos programas de saúde pública, tanto em áreas urbanas como, principalmente, em zonas rurais. Na tentativa de ultrapassar as barreiras sócio-econômico - culturais e geográficas que impedem que proporções crescentes das populações recebam cuidados básicos de saúde, vários instrumentos têm sido utilizados, desde o engajamento do sistema tradicional de saúde (parteiras leigas, curandeiros, benzedores) à utilização de serviços móveis e à organização de postos operados por pessoal auxiliar de saúde. Todas essas alternativas, não raro utilizadas em conjunto, exigem a instituição de um sistema adequado de avaliação de sua efetividade, para que possam ser continuamente ajustadas aos objetivos a que se destinam - prestar serviços integrais de saúde a proporções significativas das populações de sua área de atuação ao mais baixo custo possível. Essa avaliação pode ser feita por intermédio do exame dos dados continuamente coletados durante a operação dos serviços, o que a limita à clientela que efetivamente demanda os cuidados da unidade de saúde; ou a nível da comunidade que supostamente deveria estar sendo atendida. Neste caso, têm sido utilizados frequentemente inquéritos periódicos.

Os efeitos benéficos da ação de saúde e os eventuais prejuízos que a mesma aporta à comunidade alvo, em geral, devido à própria natureza do fenômeno saúde/doença, têm a sua manifestação retardada por um período mais ou menos longo entre as modificações introduzidas e os efeitos observados. Esta situação é ainda complicada pelo grande número de fatores não específicos do setor saúde, que podem ter influência decisiva nos níveis de saúde (relações de trabalho e produção, climáticos, sociais, entre uma gama variada de outros intervenientes). Nessas circunstâncias, há grande interesse na identificação de manifestações precoces a nível das comunidades, atribuíveis à atuação do serviço de saúde.

Nesse contexto, identificamos como objetivo do presente trabalho, avaliar o impacto da operação de postos rurais utilizando pessoal auxiliar de formação elementar (atendente rural) em três pequenas comunidades rurais do Município de Porto Nacional, em Goiás.

Os parâmetros eleitos para a avaliação foram:

- modificações em indicadores de saúde,

- mudanças na informação com relação à saúde,
- mudanças na qualidade da habitação.

No relativo ao primeiro dos parâmetros, tínhamos desde o início sérias restrições quanto à viabilidade de sua obtenção. Foi mantido, no entanto, por considerarmos sua menção indispensável num estudo deste tipo. Planejamos complementarmente avaliar algumas variáveis auxiliares como: o padrão de utilização de serviços de saúde e a cobertura das vacinas.

Além dos parâmetros acima mencionados, havia a intenção de buscar detectar eventuais alterações em padrões sociais e culturais das comunidades que pudessem ser atribuídos à operação dos postos rurais, completando assim a idéia de impacto da ação programada e não simplesmente de seus efeitos desejados. Entendemos desta forma, o conceito de impacto no sentido de efeitos precoces, desejados ou não, de determinada ação sobre sua comunidade alvo.

II. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Remonta ao início da década de '60 o crescente interesse que vem despertando, quer na literatura mundial de saúde pública, quer nas formulações programáticas dos diversos governos, a utilização intensiva de pessoal auxiliar para a operação de serviços de saúde. Podemos identificar suas raízes em vários dos fenômenos que caracterizam a saúde pública de nossa época.

Em primeiro lugar mencionaríamos a crise de nosso tempo na administração de serviços. Os sistemas produtores de bens, bafejados pelos grandes progressos tecnológicos que se seguiram à II Guerra Mundial, e apoiados numa administração que teve suas bases desenvolvidas na primeira metade do século, chegaram a padrões de desempenho insuspeitados para as previsões mais otimistas. De fato, a indústria produtora de bens conseguiu desempenhos em termos de eficácia (alcance de objetivos) e de eficiência (adequação de meios a fins) que conduziram à realização de uma prosperidade ímpar para os países desenvolvidos nas décadas de '50 e '60. Um exemplo extremo do sucesso desse "casamento" entre a tecnologia e a ciência da administração foi o Projeto Apolo que, em dez anos a partir de suas diretrizes iniciais, conseguiu colocar o homem na Lua e trazê-lo a salvo de volta ao nosso planeta. Embora, em princípio, beneficiadas pelo mesmo influxo tecnológico, as instituições de serviços, especialmente os governos, as escolas e os serviços de saúde, não conseguiram equacionamentos administrativos que se comparassem, ainda que remotamente, ao ritmo de desenvolvimento que se observava no setor produtor de bens (Drucker,^{7,8} 1974). No caso específico da saúde, assistimos ao aparecimento dos transplantes, da transformação em rotina da cirurgia extracorpórea e da hemodiálise, sem que a administração de serviços de saúde pudesse compatibilizar a realização desses atos complexos com a fluente operação das entidades em que se realizavam tais atos, dentro de custos razoáveis.^{157.}
^{143, 183.} Por outro lado, os profissionais de saúde tradicionalmente exibiram uma particular despreocupação pelo problema de custos na produção de seus serviços. A tal ponto essa crise na administração de serviços é relevante para a compreensão do mundo contemporâneo, que Peter Drucker chega a classificar o seu equacionamento como "possivelmente a tarefa mais significativa para a administração no presente século."^{7,8.}

Associado a este primeiro fator, mas delineando-se com características próprias, observamos o aumento desproporcional dos custos dos serviços de saúde, especialmente nos países desenvolvidos. As causas desses custos crescentes são complexas, mas além dos fatores mencionados no parágrafo anterior, citaríamos o fenômeno da geração de expectativas na população em níveis muito acima daqueles que a eficácia real das novas técnicas justificariam, obrigando a que essas técnicas entrem em operação muito antes de atingido um estágio de eficácia comprovada e de operação econômica. Junta-se a isso a elevada sofisticação tecnológica que às mesmas se associa. Assim, nos Estados Unidos, as despesas com saúde atingirão neste ano de 1979 a 12% do orçamento do país, 75% das quais realizadas no setor hospitalar. Dos doentes internados, estima-se que 14% o serão desnecessariamente. Em 1976 as despesas com saúde naquele país envolveram 8,6% do Produto Nacional Bruto (neste caso, também computados os gastos privados no setor).^{258, 176, 69}. Entre 1966 e 1976, as despesas "per capita" com saúde cresceram naquele país em 15% para os maiores de 65 anos e de 11% para os menores dessa idade. Em termos de gastos "per capita" por grupo etário, ainda nos Estados Unidos, foram em 1975 da ordem de US\$ 1360 para os maiores de 65 anos, US\$ 472 para aqueles entre 19 e 64 anos de US\$ 212 para os menores de 19 anos, demonstrando as perspectivas sombrias dos gastos em saúde nas sociedades em amadurecimento (Scientific American,²³³ 1978). Além de aumentarem com o crescimento do P.N.B., os gastos em saúde são assumidos cada vez mais pelo setor público, tornando sua moderação menos provável, o que vem a fechar um verdadeiro círculo vicioso (Abel-Smith,¹ 1975). Esses fatos explicam a procura, mesmo por parte dos países desenvolvidos e, geralmente, bem dotados de pessoal de saúde, da utilização de pessoal auxiliar como fator de eficiência do sistema de saúde e portanto do barateamento do seu produto final.^{34, 36, 41, 55, 64, 68, 76, 87, 90, 116, 119, 120, 135, 137, 152, 157, 168, 169, 173, 174, 180, 205, 214, 215, 216, 224, 225, 240, 259, 261, 277, 282, 287.}

Agrega-se a essa situação o reconhecimento da impossibilidade dos serviços de saúde, no seu delineamento tradicional, mesmo nos países desenvolvidos, atingirem alguns segmentos da sociedade devido a barreiras de ordem política, econômica, social e principalmente, cultural.^{113, 170, 186, 241, 244.} O reconhecimento dessa realidade motivou, nos Estados Unidos, a utilização intensiva de pessoal auxiliar pelo Indian, Health

236, 264, 286, e a criação pelo Office of Economic Opportunity, na década de '60, de Centros de Saúde de Vizinhança (Neighborhood Health Centers), unidades comunitárias de saúde com a função precípua de estender o atendimento dos serviços de saúde a minorias urbanas carentes, buscando superar muito mais barreiras culturais do que propriamente problemas de acessibilidade econômica ou geográfica. Esse tipo de agência de saúde, promovendo a participação da comunidade, em virtude da sua natureza e de suas finalidades, passou a utilizar intensivamente pessoal auxiliar originário das comunidades a serem servidas.^{27, 37, 58, 65, 80, 83, 88, 125, 229, 284, 285, 292}

Um outro enfoque, que motivou a utilização de pessoal auxiliar de saúde na prestação de cuidados primários foi o relacionado ao reconhecimento de que a tecnologia sofisticada do ap^os guerra, além de conduzir as sociedades desenvolvidas às perplexidades já mencionadas anteriormente, era particularmente inadequada ao equacionamento das grandes necessidades de saúde dos países em desenvolvimento. Dessa reflexão surgiu o interesse no desenvolvimento da chamada "tecnologia intermediária" que conduzia à idealização de equipamento mais simples, e conômico e adequado à operação nas condições vigentes nesses países e, conseqüentemente, à utilização intensiva de pessoal auxiliar em tarefas de prestação direta de cuidados primários de saúde. Dessa tendência, é um exemplo, entre outros, a criação do Grupo de Desenvolvimento de Tecnologia Intermediária (Intermediate Technology Development Group) em Londres em 1965.^{23, 81, 109, 121, 203, 212}

Sem dúvida alguma, no entanto, o grande motivo para o crescente interesse dos países em desenvolvimento, pela utilização de pessoal auxiliar para a prestação direta de serviços primários de saúde, é a perspectiva da extensão de cobertura deste tipo de serviços às numerosas populações desassistidas nas zonas rurais e nas periferias urbanas desses países. A crescente consciência, no seio dessas sociedades, da indispensabilidade de se oferecerem serviços de saúde a toda população veio a despertar elevado interesse pelo preparo de recursos humanos de nível auxiliar e elementar, para o trabalho junto aos profissionais ou por delegação destes. Ficou claro que a "interiorização do médico" esbarrava não somente em difículdades financeiras de remunerar adequadamente os serviços em condições desfavoráveis, mas também na inadequação da formação desse pessoal de nível universitário para a operação em condições tão pouco gratificantes, intelectual e tecnicamente, como

a operação de um serviço de saúde numa pequena comunidade rural. 6, 8, 12, 25, 28, 29, 33, 38, 51, 52, 59, 62, 64, 73, 84, 85, 86, 92, 96, 97, 108, 110, 114, 122, 124, 126, 131, 134, 139, 140, 142, 145, 147, 149, 163, 164, 170, 184, 185, 194, 195, 196, 199, 200, 209, 218, 226, 235, 237, 238, 245, 246, 248, 250, 265, 267, 268, 272, 273, 288, 289. Em consonância com essa realidade, assistimos o fato de a concepção de saúde, como um direito, passar da retórica dos documentos da Organização Mundial da Saúde para cogitações mais concretas como as da Reunião dos Ministros de Saúde das Américas¹⁹⁸ e, a seguir, para um grande número de programas mais ou menos extensos, envolvendo a participação de pessoal auxiliar sob supervisão na prestação direta, de cuidados primários de saúde com a participação da comunidade.²⁶⁷

Outro aspecto relacionado à crescente utilização de pessoal auxiliar no atendimento direto às comunidades é a crescente consciência na sociedade, dos grandes desvios por parte dos sistemas de saúde vigentes do que deveria ser a sua principal missão - o atendimento das necessidades de saúde das populações.²³² Tais desvios são retratados em cores bastante vivas e de forma sem dúvida polêmica por Ivan Illich. Em sua obra "A expropriação da Saúde", Illich classifica as principais distorções dos sistemas vigentes em três categorias básicas: a iatrogênese clínica, a iatrogênese social e a iatrogênese estrutural. A primeira diz respeito aos efeitos colaterais da própria ação terapêutica; a segunda, às perturbações sociais de correntes da operação dos serviços de saúde com seus elevados custos, a dependência crescente dos seus cuidados gerada no corpo social, e finalmente, a iatrogênese estrutural afeta às características intrínsecas do ser humano, como as vivências da dor e da própria morte (Illich,¹²⁹ 1975). Este autor incrimina mesmo as experiências mais avançadas de "simplificação" do atendimento às necessidades de saúde das populações e extensão de sua cobertura, como os "feldshers" da União Soviética e os "médicos de pés descalços" da China, como perpetuadoras dos sistemas vigentes. Não há dúvida que as grandes preocupações expressas por este autor são as de grandes estratos das sociedades modernas e que teriam alívio na tendência atual de respeito à automedicação, às formas não científicas ou populares de atendimento às necessidades de saúde e à utilização de pessoal auxiliar cultural, social e psicologicamente mais próximo dos beneficiários dos serviços.^{105, 157, 256}

Ao buscarmos as raízes históricas da utilização de

pessoal auxiliar na prestação direta de serviços integrais de saúde à comunidade, reportamo-nos à própria origem da profissão médica tal como hoje a conhecemos, quando esta profissão conseguiu no ocidente se diferenciar de uma série de sistemas concorrentes de saúde e se estabelecer como única alternativa oficialmente válida para o atendimento à doença. Alguns autores (Dorozynski,⁷⁷ 1975)¹⁸¹, localizam a origem desse fenômeno exatamente no ano de 1224, quando o imperador Frederico Segundo, do Sacro Império Romano, decretou que não poderiam praticar a medicina senão aqueles indivíduos que passassem por um exame diante da recém criada Escola Médica de Salerno. É curioso observar que este fato ocorre exatamente com a decadência da medicina árabe no ocidente, figurando assim uma forma de superação dentro de um conflito entre sistemas alternativos de saúde. Desse momento em diante, as escolas médicas adquiriram um papel não somente de centros de instrução, como também de instrumentos de validação do "direito de curar". Evidentemente, os diversos sistemas alternativos de atendimento às necessidades de saúde/doença vieram através dos séculos vivendo uma situação que variava da tolerância complacente à franca hostilidade por parte dos órgãos oficiais. Apenas nos países orientais sistemas alternativos de assistência à saúde coexistiram em pé de igualdade com a medicina científica, como é o caso da medicina ayurvédica na Índia e Ceilão,¹⁰⁰ e da medicina tradicional na China. Nos países ocidentais, embora haja corpos de profissionais de medicina não-científica, como os "osteopaths" nos Estados Unidos e os médicos homeopatas em praticamente todos os países ocidentais, tais sistemas alternativos nunca chegaram a conferir aos seus praticantes posição social semelhante à facultada pela medicina científica. Desta forma, durante os últimos sete séculos, a medicina científica afirmou-se como sistema inquestionavelmente oficial, embora contando sempre com a concorrência de sistemas alternativos oficiosos que desempenharam suas atividades em condições de quase clandestinidade. Somente muito recentemente, o sistema médico-científico, devido às perplexidades já mencionadas com que se defronta, teve sua validade e a inquestionabilidade de seu monopólio colocada em discussão.^{129, 177}

A utilização de pessoal auxiliar na execução de cuidados primários de saúde antecede em muito, no entanto, a atual crise no sistema. Assim, mesmo antes do século XVI já se

tem notícia da operação de "feldshers" na Rússia. Foi, no entanto, Pedro o Grande que institucionalizou a utilização desses cirurgiões práticos militares (literalmente "barbeiros de campo") no exército russo. Para minorar a escassez de médicos no interior daquele extenso país, os "feldshers" passaram progressivamente a ser utilizados em atividades civis nos períodos entre as guerras.^{101, 187, 95, 204, 181.} É preciso lembrar, no entanto, que a atividade desses auxiliares, por vezes, se exerceu sob um clima de acirrada polêmica no seio da medicina científica (Krug¹⁴⁶, 1976). Na Jamaica, funcionou também, desde o século XVII, um sistema envolvendo a formação e operação de assistentes médicos que atuavam em áreas rurais, utilizando ao mesmo tempo a medicina científica e o sistema local baseado em ervas. Essa escola foi desativada no século XIX, tendo sido instituída uma escola médica, segundo os padrões ocidentais, em 1954. Um exemplo semelhante é o referido nos países africanos de língua francesa que se beneficiaram, a partir de 1918, dos auxiliares formados na "École Africaine de Médecine" do Senegal. Esses "medecins africains" eram o resultado de um curso de quatro anos com ênfase em obstetrícia, cirurgia, medicina preventiva e saneamento do meio.^{95, 97, 147, 142, 33, 93, 273.}

Ao contrário da formação do profissional médico, cuja filosofia central sempre se orientou para a produção de um técnico dentro de determinados padrões internacionais, a formação de auxiliares tem se pautado por critérios quase que exclusivamente voltados às necessidades locais. Esse fato tem levado alguns autores a recomendar a utilização mais intensiva de pessoal auxiliar como mecanismo de evitar as grandes perdas, que alguns países em desenvolvimento sofrem, de seus profissionais para os países desenvolvidos (Dorozynski⁷⁷, Fendall⁹⁴) *

Fendall,⁹⁴ 1972, em um detido estudo sobre a formação e utilização de auxiliares no atendimento em saúde, volta do basicamente para a experiência africana, história naquele continente a formação e utilização de um primeiro tipo de auxiliar monovalente orientado para o combate a cada uma das múl

* Em viagem à Colômbia em 1971, estudando serviços rurais de saúde daquele país, fomos informados no Ministério da Saúde, que havia uma perda anual de formandos para os Estados Unidos de 30% de médicos e 40% de enfermeiras.^{17.}

tiplas endemias que comprometiam a ocupação colonial daquela região do mundo.¹⁵⁸ Em especial o "Service de Lutte contre les Grandes Endemies" operou na África de língua francesa, a partir de 1930 - 35, serviços envolvendo intensivamente esse tipo de pessoal, voltados principalmente ao controle da peste, malária, hanseníase e a imunizações em geral. À medida em que o desenvolvimento das campanhas foi justificando a entrega de vários programas a um mesmo auxiliar, foi se tornando viável e necessária a utilização de um auxiliar polivalente.^{111, 230.}

Esse tipo de auxiliar, por sua vez, foi treinado com a finalidade de expandir a abrangência do pessoal de nível superior nas áreas de enfermagem, farmácia, laboratório, radiologia, saneamento e entomologia. Em alguns países, como o Senegal, a gama de qualificação do pessoal auxiliar era mais ampla, envolvendo desde um atendente de nível elementar ("aide") até um agente técnico de saúde de qualificação quase universitária. Fendall se refere a um agente básico de saúde ("basic health worker") e o diferencia do auxiliar polivalente porque naquele caso o agente tem uma área de ação mais extensa, a despeito de sua restrita qualificação (em geral em torno de 3 meses), funcionando mais como "sentinela epidemiológica". Este autor faz uma série de restrições a esse tipo de pessoal de saúde, centradas principalmente na sua limitada qualificação. O trabalho de Fendall se detém ainda em analisar a acurácia dos diagnósticos feitos pelos auxiliares (80%) lembrando que, de uma determinada quantidade de doentes que buscam o serviço rural de saúde, apenas de 5 a 10% necessitariam de um atendimento mais informado do que aquele prestado pelo auxiliar e, no máximo 2 a 5% necessitariam atendimento hospitalar, assertiva confirmada por outros autores.^{214.}

Uma visão panorâmica da utilização de pessoal auxiliar no atendimento primário de saúde não estaria completa se não examinássemos o que vem ocorrendo nos países desenvolvidos. Especialmente nos Estados Unidos, o trabalho desse tipo de recurso humano para a saúde tem despertado elevado grau de interesse a despeito do número relativamente pequeno de elementos em atividade (cerca de 200 em 1972^{224, 211}). O início dos programas de treinamento dos assistentes médicos ("physician's assistants") foi marcado por intensa polêmica a partir dos profissionais de saúde, associações de classe e interessados nos problemas de assistência médica em geral. Identifica-se uma

atitude da classe médica que desejaria controlar uma possível proliferação desse tipo de pessoal, mas antevê a perspectiva da multiplicação de sua capacidade de trabalho a partir da utilização mais intensiva de um auxiliar desse tipo; por outro lado, a classe de enfermagem, passando por profunda crise de identidade e de busca de certa independência da marcada influência que sempre sofreu por parte da classe médica, vislumbra no assistente médico um concorrente a algumas de suas pretensões. Este estado de ânimo leva a uma certa restrição da classe de enfermagem aos programas (cerca de 80 nos Estados Unidos em 1972 - Sadler,²²⁴ 1972).⁴⁰, ²⁵² A tal ponto vão, nesse país, os cuidados que garantem a completa dependência do auxiliar com relação ao médico, que mesmo em programas em áreas remotas, como o de auxiliares comunitários no Alaska, a margem de decisão independente do auxiliar é mínima e praticamente se restringe a algumas urgências ⁸⁹, ²⁶⁴, ²⁶.

Nenhuma experiência envolvendo a utilização de pessoal auxiliar para o atendimento primário de saúde teve maior amplitude e repercussão internacional do que a que envolveu os chamados "médicos de pés descalços" na China. As condições de saúde à época que antecedeu à revolução socialista naquele país (1948) eram possivelmente das mais precárias do globo, quer no que se refere a afecções cosmopolitas, quer no relativo a endemias rurais. Apenas para aquilatar a situação sanitária do país, à época, Worth²⁹⁰ nos lembra que em uma das universidades de Pequim, em 1948, 18,2% dos estudantes eram portadores de tuberculose ativa. As reformas rurais introduzidas levaram através de sucessivos passos (distribuição de terras, fazendas coletivas) à nucleação de populações em comunas rurais. Essa nova forma de assentamento rural permitiu um acesso muito mais eficaz da população aos serviços de saúde. No início da década de '60, ativaram-se grandes campanhas de combate à esquistossomose, ancilostomose, filariose e malária.²⁹⁰ No entanto, as grandes modificações no quadro de serviços de saúde na China, foram decorrentes da Revolução Cultural em 1966. No contexto desse movimento ideológico dentro da revolução chinesa, foi dada ênfase à saúde rural e à interiorização de serviços de saúde. Para tanto foram abreviados os cursos universitários e treinamento do pessoal rural de formação elementar. Estima-se que dentro desse programa, foram treinados 1 milhão de médicos de pés descalços e 3 milhões de trabalhadores em saneamento (Hu,¹²⁷ 1976; Wen²⁷⁸, 1974; Chang⁶¹, 1966; Chinese Medical Journal⁶⁷, 1977; Fuyn Medical Team¹⁰³, 1968; Quinn²¹⁰, 1973; Smith²⁴², 1974. O sistema de saúde chinês repousa grandemen-

te na atividade comunitária, que não somente financia os estudos dos auxiliares como aporta a maior parte dos recursos para a operação das estruturas de saúde, já que apenas as despesas de capital correm por conta do governo. A grande maioria dos serviços ao público é remunerada por este. O auxiliar mantém, em meio período, suas atividades agrícolas. Escolhido pela brigada de produção a que pertence, é treinado durante 3 a 6 meses numa unidade de saúde próxima a seu local de trabalho e retorna para integrar seu grupo de origem. Por vezes o treinamento é feito durante excursões de grupos médicos urbanos pelo interior do país.¹²⁸ Um aspecto importante do trabalho do "médico de pés descalços" é a utilização da medicina tradicional chinesa à base de ervas e da acupuntura. O programa chinês tem impressionado seus observadores e analistas, não somente pela extensão de sua cobertura como pela profunda influência que teve sobre todo o sistema de saúde daquele país. Há diversos testemunhos de que mesmo as clínicas pediátricas dos hospitais dos grandes centros exibem uma baixa ocupação devido ao atendimento adequado da demanda, nos níveis periféricos do sistema (Smith,²⁴² 1974 e Lisboa*, 1977)

Na América Latina, a operação de pessoal de nível auxiliar em atividades de atendimento primário de saúde, dentro de programas oficiais mais ou menos amplos, parece ter se originado na Venezuela em 1962. O país já possuía, à época, 1036 postos rurais guarnecidos com atendentes, mas cuja única finalidade era apoiar as visitas médicas periódicas. A partir da elaboração de um manual pelo Dr. Emílio Lopez Vidal, esse pessoal passou a ser treinado para a realização de tarefas ditas de "medicina simplificada". Esses atendentes de nível primário, recebiam instrução, durante 4 meses, em Centros de Saúde rurais. Após um período de certo antagonismo por parte da classe médica,^{263, 291} a saúde pública venezuelana conseguiu, em 1963, a aprovação da Federação Médica Venezuelana para a realização de um programa amplo desse tipo.²⁷⁰ Em 1970 existiam no país 644 dispensários rurais, dos quais 247 executavam atividades de "medicina simplificada".^{270, 291, 112.}

Ainda na década de '60 surgiram no Peru e na Colômbia programas de extensão de cobertura de serviços à população rural nos moldes daquele da Venezuela. Os da Colômbia, entre

*Lisboa, A.M. - Relato de Viagem de Estudos à China em 1977 (comunicação pessoal).

tanto, envolveram um grande número de experiências inovadoras, não raro com a participação da universidade, dentro de uma filosofia de integração docente-assistencial.^{208, 60} Em 1977, identificavam-se programas desse tipo na Venezuela, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Colômbia, Peru, Hailí, Cuba, Jamaica e os do Brasil, que comentaremos mais adiante (Acuña³, 1977)

Um estudo sobre 180 projetos relativos à prestação de serviços de baixo custo em países em desenvolvimento, em todo o mundo, realizado pela Associação Americana de Saúde Pública,¹⁰ publicado em 1977, revelou que 62% dos projetos treinavam e utilizavam auxiliares na realização de atividades primárias de saúde. As atividades mais frequentemente envolvidas eram: educação em saúde (79%), tratamento de doentes (79%), atendimento à mãe e à criança (78%), nutrição (74%) imunizações (74%), treinamento de pessoal (73%). Apenas 8% utilizavam pessoal de saúde do sistema informal. Cerca de 48% empregavam pessoal auxiliar ou prático de enfermagem, 41% empregavam trabalhador de saúde polivalente e apenas 22% empregavam assistente médico (essas percentagens, evidentemente, não são mutuamente excluídas).

No Brasil esse tipo de programa tem sido experimentado em diversas Unidades Federadas. A Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) do Ministério da Saúde, além de trabalhar com parteiras leigas orientadas, de há muito opera serviços com utilização intensiva de pessoal a nível de auxiliar de enfermagem, em unidades do tipo L₁ (sem médico). Alguns Estados como Goiás, também operam de há muito unidades sem médico, dotadas, permanentemente, apenas de auxiliar de enfermagem e de saneamento. Convém lembrar, porém, que nestes últimos casos, não era dada ênfase especial à possibilidade dos auxiliares realizarem atividades curativas sob decisão programada. Em 1968 o Estado do Rio Grande do Norte, em convênio com a Associação Nordestina de Crédito e Assistência Rural - ANCAR-RN e a Fundação SESP, lançou programa desse tipo. Os então chamados mini-postos eram instalados em prédios próprios ou em dependências de escolas ou igrejas e operados por "orientador de saúde" treinado e supervisionado pela Fundação SESP. Em 1974 havia 53 desses postos em funcionamento no Estado.⁴⁴ A partir dessa época tem aumentado muito o interesse em nosso país pelos programas de interiorização de ações de saúde e saneamento básico tendo o Ministério da Saúde editado em 1974 um Manual a

respeito.⁴³

Além de tais ações estarem incluídas em programas de desenvolvimento regional, como o Polonordeste (1975-79), Programa Especial da Região Geo-Econômica de Brasília (1975-79) e Programa de Desenvolvimento da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais (Prodemata), observamos programas específicos de extensão de ações de saúde, como o PRONAN (voltado para os aspectos nutricionais) e o PLUS, visando à extensão de ações em áreas urbanas (1976-1978). Não podemos esquecer programas de menor abrangência geográfica como aqueles ligados à integração docente assistencial em diversas universidades brasileiras (Campinas, Botucatu e Ribeirão Preto, em São Paulo, Montes Claros, em Minas Gerais, Caruaru, em Pernambuco, Londrina, no Paraná, entre outros) e ainda os programas especiais da Fundação SESP, que buscam estender ações de saúde a áreas particularmente difíceis, como a rodovia Cuiabá-Porto Velho, a Transamazônica, o alto Rio Solimões e projetos especiais como Tucuruí, Sobradinho e outros. Dentre os programas mais abrangentes destaca-se, entretanto, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS, certamente o esforço mais amplo que já se fez no Brasil em matéria de interiorização de ações de saúde com utilização intensiva de pessoal auxiliar. Parte este programa da proposição de um módulo básico constituído por uma unidade de saúde (centro de saúde - unidade de apoio) situado na sede dos municípios e postos de saúde (unidade elementar) que são satélites da primeira em termos de referência de casos é de supervisão programática. Cada Centro de Saúde dá cobertura às necessidades primárias de saúde de uma população de cerca de 6 mil habitantes e ainda se articula com cerca de 3 postos (unidades elementares). Estas atendem a uma população de até 2 mil habitantes. Por sua vez o centro de saúde deve se articular com unidades de maior porte, inclusive com unidades mistas que dispõem de leitos, dentro de um sistema de referência de complexidade crescente. O programa constituído por decreto do Presidente da República em 1976 (Decreto 78 307) é apoiado pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Interior e Planejamento; pelos Governos dos Estados (Secretarias de Saúde e Companhias Estaduais de Saneamento) e Prefeituras Municipais (Barros Vieira³¹, 1978). Os agentes polivalentes da unidade elementar são treinados em duas variantes básicas: um tipo mais diferenciado para o atendimento a pessoas

e outro mais diferenciado para ações sobre o meio ambiente. Os candidatos possuem escolaridade equivalente à quarta série do primeiro grau, são escolhidos pelas comunidades a que vão servir e são submetidos a um curso de cerca de 380 horas (média para 10 Estados onde está implantado o programa). Até dezembro de 1978 haviam sido treinados 2 763 atendentes polivalentes e contratados 1 841. Nessa época havia 1 258 postos em funcionamento que, juntamente com os centros de saúde que lhes davam apoio, perfaziam um total de 1 900 unidades sob a égide do Programa, correspondendo a uma população potencialmente coberta de 6,37 milhões de habitantes.^{46, 48, 49} As atribuições do atendente polivalente variam de acordo com cada Estado, já que o programa apresenta bastante flexibilidade (Brasil,⁴⁸ 1979); no entanto, podemos descrever suas tarefas típicas da seguinte forma:⁴⁷

- limpeza da unidade, recepção de doentes, manipulação de fichários, marcação de consultas e orientação;
- vacinações e anotações pertinentes, injeções sob orientação ou receita médica, curativos, esterilização de material;
- preparo de doentes para a consulta médica, preparo de consultórios, orientação pós-consulta e anotações pertinentes, distribuição de medicamentos;
- primeiro atendimento à gestante, solicitação de exames e encaminhamento à consulta, atendimento subsequente às gestantes sadias, conforme rotinas;
- atendimento de enfermagem à criança de 0 a 1 ano, conforme rotinas;
- encaminhamento de doentes ao hospital;
- planejamento e execução de visitas domiciliárias;
- encaminhamento e notificação de suspeitos de doenças transmissíveis;
- atendimento de enfermagem por delegação, nas patologias mais frequentes, sob rotinas;
- registro de dados a respeito dos atendimentos efetuados, informação da necessidade de material;
- solicitação de ajuda da enfermeira, quando necessário;
- feitura de rol de roupas;
- ações visando a manter a supervisão informada sobre o trabalho na Unidade, preparação de relatório diário e mensal, assistência a reuniões de outros programas, quando solicitada.

O Programa PIASS implanta no Brasil, desta forma, em uma região carente e altamente significativa do país (Nordeste), ações de saúde que têm sido reiteradamente recomendadas em documentos da OMS/OPS. Desde 1951 a OMS, no relatório de seu Diretor Geral, chama a atenção para a necessidade de ampliação da rede de serviços permanentes. Em 1953 a Comissão executiva e a Assembléia Mundial da Saúde reiteram a ênfase no fortalecimento de "serviços básicos de saúde". Tais recomendações foram retomadas em documentos elaborados por diversos comitês especializados na década de '50. Na Décima Quinta Assembléia Mundial da Saúde os serviços básicos de saúde apareciam como requisitos fundamentais para a continuidade de programas especiais como o de malária. Essa tendência também se fez sentir na elaboração de programas de trabalho da Organização: já em 1955 se enfatizava a importância de serviços rurais e em 1960 se ressaltava seu papel no apoio às fases finais das campanhas especializadas. Em 1965 se insistia na dotação de serviços estáveis às populações "rurais dispersas". Em 1971 era dado destaque à integração de serviços. A Vigésima Quarta Assembléia Mundial da Saúde, solicitou à Comissão Executiva a elaboração de estudos sobre "Métodos de Promoção do Desenvolvimento dos Serviços Básicos de Saúde". Em 1973 a Assembléia Mundial da Saúde reiterou essa disposição. O número de projetos patrocinados pela OMS com essa finalidade aumentou de 85 em 1965 para 156 em 1971.²⁶³ Em 1978 a Conferência de Alma Ata, sobre Assistência Primária de Saúde, emitiu 22 recomendações referentes ao tema, enfatizando a relação entre saúde e desenvolvimento; destacando a participação da comunidade como fator de sucesso em ações primárias de saúde e a importância da articulação intersetorial; delineando o conteúdo do atendimento primário (operação de métodos preventivos relacionados às principais afecções, promoção nutricional, saneamento básico do meio, assistência materno-infantil, planejamento familiar, imunizações contra as principais doenças infecciosas, prevenção e combate às principais endemias regionais, tratamento apropriado para as doenças e traumatismos mais comuns, promoção de saúde mental e administração de medicamentos essenciais), enfatizando a participação do nível local na execução das ações; o apoio necessário dentro do sistema nacional de saúde; destacando as necessidades dos grupos vulneráveis - mulheres, crianças e trabalhadores; encarecendo a utilização de agentes de saúde da

comunidade e toda a gama de pessoal disponível; a capacitação do pessoal de saúde já existente para o atendimento primário; o estabelecimento de incentivos para a atuação em áreas remotas; a utilização de tecnologias apropriadas; o estabelecimento de apoio logístico; a produção e distribuição de medicamentos essenciais; relevando a adequação da estrutura administrativa à atenção primária; a pesquisa e estudos operacionais a respeito do assunto; a destinação adequada de recursos; a participação política nacional nos programas; o estabelecimento de estratégia nacional voltada para os mesmos; o incentivo à cooperação técnica entre os países a respeito do atendimento primário; a necessidade do apoio das organizações internacionais e ênfase à atuação da OMS e UNICEF sobre a matéria.

A Declaração de Alma Ata, que surgiu dos trabalhos da Conferência, reafirmou a saúde como direito humano fundamental; reconheceu as desigualdades entre os estados de saúde dos diversos povos do mundo; destacou a importância da melhoria dos padrões de saúde dentro de uma nova ordem econômica mundial; o direito e o dever da participação individual e coletiva no planejamento e aplicação do atendimento à saúde; enfatizou a obrigação dos governos em promover ações de saúde; definiu atenção primária à saúde e estabeleceu seu conteúdo; encaixou a necessidade do estabelecimento de diretrizes, estratégias e planos governamentais sobre o assunto; destacou a necessidade de cooperação entre os governos e, finalmente, a possibilidade de se alcançar um estado de saúde aceitável para a população mundial no ano 2 000, mediante a alocação conveniente de recursos ao desenvolvimento social e econômico, reservando-se uma proporção adequada dos mesmos ao atendimento primário de saúde, enquanto elemento essencial do dito desenvolvimento.

Uma definição concisa de atendimento primário de saúde está contida no informe conjunto do Diretor Geral da OMS e do Diretor Executivo da UNICEF.¹⁹²

"O atendimento primário de saúde é fundamentalmente a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meios que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. O atendimento primário, conquanto

se constitua em núcleo do sistema nacional de saúde, é parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade".

III. O TRABALHO EM PORTO NACIONAL

ANTECEDENTES

O Estado de Goiás apresenta duas regiões geo-econômicas bastante distintas: uma situada ao sul, abaixo do paralelo 13, que se constitui numa das mais progressistas áreas agro-pecuárias do país, e outra, ao norte do paralelo 13, identificada como Amazônia Goiana e que se caracteriza como extensa região de cerrados e com densidade demográfica bastante baixa, variando entre as diversas microrregiões de 5,37 a 1,11 hab./km². Na microrregião de Porto Nacional (Médio Tocantins Araguaia) é de 2,13 hab./km² e no município de mesmo nome, de 2,88 hab./km² (Brasil,⁴⁵ 1975). A atividade econômica tradicional da região é a pecuária extensiva de baixo rendimento e a cultura de arroz. Uma das características marcantes da região é o seu crescimento acentuado, acima da média nacional. No decênio de 1960 a 1970 foi de 4,39% ao ano. Certamente esse crescimento se concentra na área sul do Estado e se relaciona, em grande parte, ao estabelecimento de Brasília.

A colonização do norte do Estado se fez através de dois eixos: os rios Tocantins e Araguaia. Através destes a região sempre se identificou com o Norte do país, especialmente com Belém, por onde se fazia, no passado, todo o contato com o restante do país. Com a construção da rodovia Belém - Brasília aberta ao tráfego em 1960, o pólo de atração da região passou a se dividir entre Belém e o sul do Estado (eixo Goiânia-Anápolis-Brasília), mais importante como centro consumidor.

Porto Nacional, que possuía 7.200 habitantes na sede do município em 1968, situa-se à margem direita do rio Tocantins, sendo a mais importante cidade dessa região nordeste, a menos desenvolvida do Estado (Figura 1). A cidade se originou na última década do século XVIII em torno do ponto de travessia do rio, ligando a comunidade de Pontal (a 12 km à margem esquerda) hoje desaparecida, com a de Carmo (a 42 km à margem direita), durante o ciclo do ouro na região. A partir desse ponto iniciou-se também a navegação por meio de canoas para Belém, no Estado do Pará. O arraial assim nascido passou a denominar-se Porto Real. Em 1805, tendo a vila de Pontal desaparecido diante de um ataque indígena (Xavante), Porto Nacional

passou a representar a principal aglomeração humana da região. Na segunda década do século XIX foi "cabeça de julgado", polarizando ainda mais o interesse regional especialmente em detrimento de Carmo. Em 1831 foi promovida à categoria de Vila com o nome de Porto Imperial. Dessa época datam a agência do correio, o serviço de arrecadação (Coletoria das Rendas Provinciais e Gerais), a paróquia, a assembléia paroquial e a Câmara de vereadores. Em 1861 foi elevada à condição de cidade e teve o nome mudado para Porto Nacional. De 1835 data a primeira escola pública; de 1851 a instituição de juizes togados. Em 1886 recebeu uma missão de frades dominicanos. Com a chegada em 1904 de freiras dominicanas, a cidade pode contar com ensino do primeiro e segundo graus, vindo este a funcionar já na segunda década deste século. Em 1931 instalou-se o telégrafo na cidade.*

A liderança da cidade na região somente veio a ser abalada com a construção, conforme já mencionamos, da rodovia Belém-Brasília. Esta rodovia situada à margem esquerda do rio, trouxe grande progresso à região tendo surgido numerosas e importantes cidades que foram incorporando municípios desmembrados do de Porto Nacional, como Gurupi e Paraíso do Norte, cuja importância ultrapassou em menos de uma década aquela do município-mãe. O processo de migração que se seguiu à abertura da estrada deu-se também de forma diferenciada. Um estudo realizado em 1968 (Sawyer,²²⁷ 1969) revelou que dos migrantes que chegavam a Porto Nacional, 85,6% eram nordestinos provenientes em sua grande maioria (74,8%) dos Estados do Maranhão e Piauí, ao passo que nos municípios mais ao sul do Estado, mais de 50% dos migrantes eram provenientes de estados do sul do país (principalmente Minas Gerais). Porto Nacional manteve, no entanto, uma posição de importância com relação às comunidades da margem direita do rio, especialmente diante da sua dotação superior de equipamento urbano, como escolas, aeroporto, agência bancária, repartições arrecadadoras, fórum e a unidade de saúde (Azevedo,²⁰ 1973)

Os outros grandes acontecimentos que vieram a influenciar a vida da região foram o asfaltamento da rodovia Belém-Brasília (completado em 1974) e a construção da ponte sobre o rio Tocantins, inaugurada em princípios de 1979. Este último fato representa um grande desafio à estabilidade social da re

* Godinho, Durval "História de Porto Nacional" - inédito

gião, sendo, não obstante, uma longa aspiração das comunidades à margem direita do Tocantins e um imperativo para o progresso dessa região.

O TRABALHO NA UNIDADE MISTA

Em fevereiro de 1968 uma equipe de cinco médicos (um sanitarista e cirurgião, um cirurgião, dois internistas, uma pediatra) duas assistentes sociais, uma enfermeira de saúde pública e uma professora, equipe da qual o autor fazia parte, chegou à cidade para operar a Unidade Mista de 48 leitos recém construída e equipada. Os médicos eram um grupo de ex-residentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os propósitos da equipe envolviam a operação de um serviço de medicina integral, segundo um trabalho voltado especialmente para o desenvolvimento comunitário.

Uma Unidade Sanitária, cuja operação fora iniciada pela Fundação SESP havia 10 anos (1957), operava à época com um médico sanitarista e alguns outros funcionários da Fundação, em convênio com a Secretaria da Saúde do Estado desde 1962. Seu pessoal possuía formação bastante segura e boa experiência: uma visitadora domiciliar, dois auxiliares de saneamento, um laboratorista, (que realizava exames diretos para fezes, urina, sorologia para lues, hemoscopia para malária e tipagem sanguínea), duas auxiliares de enfermagem, três atendentes e dois serviços. Apresentava um movimento de 18 000 consultas anuais. Esse grupo de funcionários da Fundação SESP, absorvidos na atividade da Unidade Mista, teve fundamental importância no trabalho que se seguiu devido à sua qualificação técnica e dedicação.

Uma Unidade Hospitalar recém inaugurada, era dotada, segundo planta física padrão da Fundação SESP, de um bom centro cirúrgico e obstétrico com ar condicionado, enfermarias de 3 a 6 leitos com sanitário privativo, lavanderia e cozinha mecanizadas, enfermaria de isolamento, necrotério e um gerador de 50 HP. Incluindo pessoal auxiliar e de secretaria, o hospital começou a funcionar com 1,2 funcionário por leito.

A equipe trabalhava em regime de dedicação exclusiva, embora o contrato de trabalho fosse de 43 horas pela Organização de Saúde do Estado de Goiás - autarquia que operacio

nalizava as ações da Secretaria de Saúde do Estado.

O sanitarista da FSESP logo se integrou à Equipe. Havia mais dois médicos na cidade: um, prefeito municipal e pecuarista, praticamente não clinicava; o outro, de tradicional família local, era cirurgião formado no Rio de Janeiro e trabalhava em Porto Nacional havia dois anos, contando já com considerável clientela. Este profissional logo se apercebeu do espírito que movia a equipe e sempre colaborou com o trabalho. Comparecia regularmente às reuniões clínicas semanais da Unidade, para onde encaminhava casos de doenças transmissíveis e por vezes alguns casos cirúrgicos.

Desde 1944 havia na cidade um posto da Legião Brasileira de Assistência - LBA, destinado à proteção à maternidade e infância. Com algumas interrupções, proporcionava atendimento médico duas vezes por semana, distribuição de leite e medicamentos. Funcionava este serviço em uma casa adaptada e contava com um dos médicos particulares em tempo parcial, uma orientadora e uma secretária. Em 1964 agregou-se a este trabalho um clube de mães, voltado à orientação de saúde para a sua clientela, e confecção de enxovais para recém-nascidos.

Desde 1962 funcionava na cidade o 4º Distrito da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) do Ministério da Saúde, mais tarde transformado em 3º Distrito da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, daquele Ministério. Este Órgão desenvolvia programas verticais de combate à malária e à leishmaniose, tendo mais tarde agregado ações de controle da doença de Chagas. Trabalhava uma extensa área de 155,9 mil km², envolvendo 23 municípios do norte do Estado. O Órgão possuía 115 funcionários, com 32 turmas de guardas borrifadores operando em 10 258 localidades da região.* A Unidade se articulava com a SUCAM recebendo desta medicamentos orais para a malária e notificava casos (810 em 1972). O laboratório da Unidade Mista constituía-se assim em Posto de Notificação (P.N.) da SUCAM. Dos casos tratados, 23% o foram no hospital, correspondendo a 1 841 leitos-dia.¹⁹

* O conceito de localidade usado pela SUCAM implica em aglomerados de qualquer dimensão. Não raro, na região, envolve apenas uma habitação.

Dentro das diretrizes que norteavam o trabalho da Equipe, logo se iniciou um processo de captação de recursos para a operação de serviços locais de saúde e desenvolvimento de comunidade. Em abril de 1969 o Funrural (Ministério da Previdência e Assistência Social) realizou convênio com a Unidade Mista, o que permitiu o aporte de considerável quantidade de material permanente e equipamento (microscópio binocular, aparelho portátil de raios-X, aspirador cirúrgico, termocautério, eletrocardiôgrafo, mesa obstétrica e outros). Esta entidade também forneceu recursos que possibilitaram a manutenção do corpo clínico em níveis de remuneração razoáveis. Esses recursos cobriam, em 1972, cerca de 55% das despesas realizadas pela Unidade com trabalhadores rurais.²⁰ A entidade também celebrou outros convênios para prestação de serviços na zona rural (envolvendo o Sindicato Rural do Município), para a assistência odontológica e visando ainda à realização de perícias médicas relacionadas à aposentadoria do trabalhador rural.

Desde janeiro de 1971 a Unidade Mista de Porto Nacional foi oficializada como campo de estágio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, tendo um dos membros da equipe passado a exercer as funções de preceptor para os estagiários que cursavam o sexto ano médico. Pretendia-se oferecer a esses alunos uma experiência de medicina integral perfeitamente reproduzível, já que não se baseava senão em recursos perfeitamente disponíveis a qualquer serviço operando no interior do país. Estes acadêmicos foram também envolvidos no trabalho rural. As vantagens dessa participação acadêmica se faziam notar, não somente no inegável estímulo intelectual à equipe, como no aprendizado dos acadêmicos-clínico, cirúrgico e especialmente o relacionado à organização e operação de serviços integrais de saúde e à participação comunitária. Esse relacionamento com a Universidade de Goiás resultou ainda em alguns benefícios adicionais, como a organização de uma biblioteca médica para a Unidade e a realização de exames anátomo-patológicos de casos da Unidade no Departamento competente daquela Faculdade. Lamentavelmente os efeitos dessa colaboração não foram maiores porque os estudantes já em fase final do curso tinham seu interesse diminuído pelas preocupações peculiares dessa fase e por uma orientação já definida no estilo de prática médica a que iriam se dedicar - notadamente curativa e, dentro do possível, privada. Ainda assim este estágio forneceu, a mé

dio prazo, grande parte da Equipe que hoje continua o trabalho de Porto Nacional à medida em que alguns dos antigos componentes foram se afastando.

A Legião Brasileira de Assistência, a partir de 1971, passou a integrar suas atividades com as da Unidade Mista, passando seu pessoal a servir na Unidade e esta a contar com os medicamentos e leite provenientes daquela entidade.

O Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) passou, a partir de fevereiro de 1968, a operar por intermédio da Unidade Mista, o que representou também uma integração de serviços e recursos, embora num montante bastante modesto, já que o tipo de previdenciário assistido (urbano) era mais raro na região (em 1972 o INPS comprava à Unidade cerca de 50 consultas e 15 leitos-dia apenas).

Da mesma forma que o INPS, o Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado de Goiás (IPASGO), a partir de setembro de 1967, passou a utilizar sob convênio os serviços da Unidade, remunerando, entretanto, pela mesma razão que o INPS, poucos serviços a nível da Unidade (em média, para 1972, 30 consultas e 20 leitos-dia ao mês).

Além do relacionamento já mencionado com a SUCAM, a Unidade trabalhava em convênio com o Ministério da Saúde nos serviços relativos à hanseníase e à tuberculose (respectivamente 18 e 83 casos novos notificados em 1972), recebendo deste medicamentos, vacinas e reagentes.

Em 1971 foi criada a Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem em Porto Nacional, que tem contribuído decisivamente na formação de auxiliares e atendentes de enfermagem para a operação de serviços de saúde na região.

Em 1969, a equipe, verificando que alguns benefícios concedidos por instituições paraestatais e privadas o eram apenas a entidades privadas, fundou uma sociedade civil sem fins lucrativos: a Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação-COMSAUDE. A entidade realizou inicialmente um plano de saúde para uma grande propriedade rural no sudeste do Estado do Pará (Azevedo,¹⁸ 1969). Os resultados financeiros dessa ação foram utilizados para o custeio de outros programas. Esta entidade permitiu a realização de um primeiro plano de atendimento rural nas localidades de Matança e Pinheirópolis, no Município de Porto Nacional, atividade esta que serviu de demonstração

e experiência para um projeto mais amplo de atendimento rural já agora patrocinado pela Prefeitura Municipal e outras entidades, e que é o objeto deste trabalho. Os recursos da COMSAUDE, embora escassos, permitiram ainda visitas de apoio a unidades tipo C* da OSEGO nas sedes dos municípios vizinhos de Natividade e Araguacema. Esta entidade responsabilizou-se ainda por pequenas mas importantes despesas, como as relacionadas ao pagamento de bolsas e serviços-prestados a pessoal auxiliar envolvido em inquéritos de nutrição e saúde e compra de algum material permanente para a Unidade. O trabalho da COMSAUDE veio a crescer de importância com a instalação, em colaboração com a LBA, a Unidade Mista, a ACAR-Goiás (Associação de Crédito e Extensão Rural) e com a Comunidade de Porto Nacional, de Centro de Educação e Recuperação Nutricional e ainda de campanha de combate à verminose na sede do Município. Ulteriormente a COMSAUDE se engajou em intenso trabalho comunitário captando recursos de várias fontes e direcionando-os à promoção do artesanato e a programa de melhoria da habitação sob o sistema de trabalho cooperativo ("mutirão"). Os recursos dessa Entidade eram captados junto à equipe de saúde, junto a empresas e pessoas físicas em outros estados, junto à comunidade e a entidades como a LBA, já mencionada, e mesmo a entidades benéficas estrangeiras (Pão Para o Mundo).

A ACAR-Goiás, atualmente EMATER - Goiás, opera na área de extensão rural e está desde 1967 em Porto Nacional. Desde logo foi possível uma atuação bastante harmoniosa entre o engenheiro agrônomo dessa entidade e a equipe, destacando-se o envolvimento da então ACAR - Goiás no trabalho inicial de promoção de saúde rural já mencionado, colaborando especialmente com o transporte, na formação de atendentes rurais, no plantio de hortas e na articulação com a UNICEF.

É importante mencionar também a cooperação e organização da comunidade. Esta foi estimulada pela equipe, a partir

* Unidades tipo C, na terminologia da Organização de Saúde de Goiás, são aquelas dotadas de auxiliar de enfermagem, auxiliar de saneamento e servente, desenvolvendo atividades preventivas e recebendo visitas médicas periódicas com finalidade basicamente curativa.

de uma campanha de combate à verminose em 1967, que mobilizou amplamente a população, tendo sido agregadas 253 fossas secas às 403 já existentes na cidade, sem qualquer auxílio financeiro externo. Em 1969, as lideranças comunitárias se organizaram numa Comissão de Saúde que discutiu problemas de saúde locais a partir do relacionado com a hospedagem de egressos do hospital e do adequado destino para o lixo urbano, tendo após um ano de atividade se transformado em entidade registrada: Ação Comunitária Portuense. Neste estágio preocupou-se a entidade com o controle de roedores na cidade, controle sanitário de manipuladores de alimentos, padrões sanitários mínimos para as habitações e com o controle da criação urbana de porcos. Podemos atribuir direta ou indiretamente à ação desta entidade: a reforma do mercado local, sua fiscalização de rotina (efetuada pelo auxiliar de saneamento da Unidade Mista), a expedição de decreto municipal exigindo a realização de exames médicos periódicos para os manipuladores de gêneros alimentícios, a organização da coleta de lixo pela municipalidade e a melhoria das condições do matadouro da cidade.²⁵⁵

Em janeiro de 1972, a comunidade e a COMSAUDE propuseram-se a instalar um Centro de Educação e Recuperação Nutricional (CERN). No primeiro trimestre de 1971, havia sido realizado um inquérito pondo-estatural que revelara que, das 1 001 crianças menores de 5 anos existentes na cidade, apenas 34% poderiam, pelos critérios de Gomez, ser consideradas eutróficas, 39,5% se revelavam desnutridas do primeiro grau, 22,0% do segundo grau e 4,5% do terceiro grau. Desde fevereiro de 1972, o CERN encontra-se em funcionamento, operando com recursos da comunidade (que cobrem as despesas de pessoal - cerca de 25% do total) e da LBA. Atende a 25 crianças a cada 4 meses, sob regime de semi-internato, com a cooperação e educação nutricional das mães (orientadas quanto à compra, preparo dos alimentos e cuidados higiênicos com as crianças). Cada uma das mães participa ainda, uma vez por semana, do preparo do alimento e na limpeza do Centro.

A partir de 1973, iniciou-se, como já mencionado, um trabalho de melhoria habitacional nos bairros periféricos da cidade, dentro de sistema de cooperação rotativa ("mutirão"). Procura o programa fornecer algum material de construção que serve de estímulo à atuação comunitária. Os participantes são selecionados obedecendo a critérios de: propriedade do terre

no, necessidade de auxílio e disponibilidade de mão de obra própria. Há reuniões semanais de avaliação e planejamento, quando são escolhidas as melhorias a serem realizadas durante a semana. Há, ainda, atuação conjunta para a obtenção de madeira e areia - materiais obteníveis na região pelos moradores, sem muito custo. Eventualmente a Prefeitura e a Diocese colaboram com o transporte. Este trabalho, embora lento, já que os grupos atuam apenas aos sábados, tem-se revelado persistente e de muito bons resultados, visto que o inconveniente mais temido - o abandono por mutuários com suas necessidades já satisfeitas - não tem ocorrido. Não somente nestes casos, mas em geral em todas as novas construções da cidade, os auxiliares de saneamento da Unidade Mista orientam a localização do poço e da fossa seca, quando não oferecem a planta gratuitamente ao morador, o que tem valorizado consideravelmente o trabalho desse tipo de auxiliar.

A equipe multiprofissional participa ainda em atividades de ensino (biologia e saúde) a nível do colégio e escola normal locais, aproveitando o ensejo para motivar os estudantes e futuras professoras para o trabalho de saúde. Algumas normalistas participaram de inquéritos de saúde e estagiam no CERN.

Além do trabalho comunitário mencionado, a Unidade Mista, logo aos primeiros anos de trabalho, atingiu um desempenho bastante considerável. Em 1971,¹⁹ já se produziam 36 885 consultas; sendo 12% a gestantes, 37% a crianças e 51% a adultos (incluindo, no caso, todos os maiores de 5 anos); eram realizadas 5 195 imunizações completas e 2 113 visitas domiciliares (3,5 visitas por visitadora por dia útil). As metas de inscrições de gestantes e de crianças foram atingidas naquele ano, as imunizações por DTP completadas aproximaram-se das metas previstas (94,0%), as de revacinação por DTP foram superadas e as de primovacinação antivaricélica não atingidas. A esta época não se operava programa de vacinações anti-sarampo e anti-pólio. A percentagem de ocupação nesse ano já era de mais de 90%. A média de permanência era de 9,8 dias, sendo de 10,5 dias para Clínica Cirúrgica, 9,5 dias para Clínica Médica, 16,4 dias para para Clínica Pediátrica e 3,7 dias para Clínica Obstétrica. Nesse ano a mortalidade geral na comunidade foi de 7,9 por mil, a infantil 90,2 por mil nascidos vivos, a mortalidade materna foi nula, a natimortalidade 15 por mil nascidos

vivos e a mortalidade neonatal de 53,2% da mortalidade infantil. Este último indicador, ao nosso ver, encontrava-se relativamente elevado, devido à grande proporção de recém-nascidos de baixo peso, na região.

Diante desses fatos, a equipe, que já iniciara algumas experiências de atendimento rural itinerante, como mencionado, decidiu implantar um programa estável de extensão de cobertura para a zona rural com participação intensiva de pessoal auxiliar.

VISITA A OUTROS SERVIÇOS RURAIS NA AMÉRICA DO SUL

A par da disposição da equipe em estender a cobertura dos serviços da Unidade Mista para o interior do Município de Porto Nacional, o autor realizou viagem, patrocinada pela OPS, visitando serviços rurais com a utilização de pessoal auxiliar, à Venezuela, Colômbia, Peru e Chile, de maio a julho de 1971. Durante essa viagem entrou em contato com as dificuldades enfrentadas por países de densidade populacional até maior do que a nossa na interiorização de médicos, envolvendo não raro, como no caso da Colômbia, maciças perdas (da ordem de 30%) de seus recém-formados para o exterior. No caso da enfermagem, essas perdas eram mais intensas ainda (40%). A Colômbia se empenhava então na formação de promotoras de saúde (pessoal de formação elementar com dois meses de treinamento específico) utilizando intensivamente a visita domiciliária. Pudemos observar esse tipo de pessoal em operação dentro de um sistema de complexidade crescente na Regional de Rio Negro (Seccional de Antioquia) com resultados aparentemente muito bons. Tivemos a oportunidade ainda de travar contato com o intenso trabalho da Associação Colombiana de Escolas Médicas na identificação de sistemas de atendimento que levassem em conta a realidade sócio-econômica do país. Visitamos o sistema de saúde da região de Restrepo (Vale do Cauca). Nessa ocasião pudemos observar que a auxiliar de enfermagem atendia a cerca de 70% das ocorrências, referindo apenas 30% ao médico que trabalhava praticamente ao seu lado. Observamos ainda o trabalho das promotoras rurais em pequenas comunidades. Estas percebiam cerca de US\$ 10 mensais por duas horas de trabalho diário.

Na Venezuela visitamos serviços rurais em San Fernando de Apure e no interior do Estado Apure, com uma dispersão

populacional, à época, pouco menor do que a de Goiás (2,16 hab/km²) e com 5 anos de experiência em "medicina simplificada", envolvendo a utilização de pessoal auxiliar em dispensários rurais, que referiam doentes para "medicaturas rurais"-postos com médico e auxiliar de enfermagem, e estes para o Hospital Rural. O rendimento de consultas dos dispensários parecia baixo - em média 2,2 consulta por dia útil (1970). Este sistema exibía ainda uma baixíssima (2,4%) proporção de referência para o médico. O "auxiliar de enfermagem" era recrutado na comunidade e recebia uma formação de 6 meses, baseada no "Manual de Medicina Simplificada" elaborado pelo Dr. Lopez Vidal. O hospital rural visitado apresentava uma baixa percentagem de ocupação - 40%, certamente pela facilidade de encaminhamento à capital do Estado (1 hora e meia por rodovia). O orçamento de saúde do Estado era em 50% proveniente de recursos do governo central. A parcela contribuída pelo Estado representava 16% de seu orçamento. A disponibilidade de recursos "per capita" era de cerca de US\$ 15 anualmente, ao passo que naquele ano para Goiás estava em torno de US\$ 1,8¹⁹. O sistema de "medicatura rural" cobria, à época, 70% da população do Estado. Apure. Talvez a comparativa fatura de recursos explicasse a ociosidade relativa de meios. Outro Estado venezuelano visitado, o Estado Zulia (capital - Maracaibo), apresentava um sistema de complexidade crescente bastante extenso com ampla utilização de "auxiliares de enfermagem". Dispunha de recursos ainda mais elevados - US\$ 24,0 "per capita" por ano e o sistema exibía também certa ociosidade, para os nossos padrões.

O Peru, à época de nossa visita, destinava cerca de 6% de seu orçamento à Saúde. Em Puno visitamos um serviço com utilização de pessoal auxiliar no atendimento primário à saúde que já tinha uma experiência de quatro anos. Havia sido tentado o treinamento de professores primários e o insucesso fora atribuído à sobrecarga de trabalho que os mesmos já sofriam e à duplicidade de mando. Cada Centro de Saúde atendia entre 5 e 10 mil habitantes numa faixa de 10 a 15 km de raio. Cada posto de Saúde atingia a um raio de 5 km, correspondendo a uma população entre 3 e 5 mil habitantes. Ainda assim era deixada de lado uma elevada proporção (59,4%) da população dispersa, atendida por outro tipo de pessoal - o "sanitário de penetración", executando basicamente tarefas de imunização. O "auxiliar de medicina simplificada" executava, segundo manual próprio, ati

vidades relativas a primeiros auxílios médicos, cuidados com acidentados, controle de gestantes sadias, controle de crianças sadias e levantamento demográfico (registro de nascimento e de óbitos). Visitamos três postos sanitários (Ichu, Capachica e Uata). O auxiliar possuía escolaridade elementar com três a quatro meses de formação; no entanto, era capaz de expor perfeitamente suas funções e o desenvolvimento de seu trabalho. O número de consultas era baixo (1 a 2 por dia). Os centros de saúde operavam com um médico, dois auxiliares de enfermagem e 1 porteiro. Em Cuzco visitamos a chamada Área Hospitalar nº 3, de Siquaní, que funcionava dentro de um esquema semelhante ao de Puno, apenas não dispondo ainda de "Manual de Medicina Simplificada". A extensão da cobertura de cuidados primários de saúde era estimulada no Peru pelo Projeto Nacional de Desenvolvimento e Integração da População Camponesa.

No Chile tivemos a oportunidade de observar o trabalho de líderes de saúde - voluntários de baixa escolaridade com 26 horas de treinamento, que se responsabilizavam pela orientação de saúde a 50 famílias. O problema identificado com esse tipo de pessoal, como se podia esperar, era a proporção elevada de deserção devido à não remuneração. Nessa área visitada (Renca) da periferia de Santiago operavam um Conselho Comunal de Saúde e um Conselho Setorial Conjunto de Saúde e Educação¹⁷.

Durante essa visita pela América do Sul, pudemos concluir que nenhuma das regiões visitadas, exceto a Sul Andina e Sul Oriental, no Peru, exibia gastos "per capita" em saúde tão baixos como os de Goiás;¹⁹ que a operação de cuidados primários utilizando voluntários não tinha tido sucesso em nenhum dos países visitados; que o pessoal de escolaridade elementar executava satisfatoriamente suas atribuições desde que convenientemente supervisionado. Um aspecto que nos chamou a atenção era o excelente estado de conservação dos manuais "de medicina simplificada", dando a impressão de pouco manuseio, certamente no seu componente terapêutico, por exigir um diagnóstico clínico de complexidade muito semelhante àquela do diagnóstico feito por médico, fato também comentado na literatura.^{89, 208, 270.} Esse fato nos levou a introduzir modificações nas instruções aos atendentes rurais no projeto de Porto Nacional conforme mencionaremos a seguir.

O SERVIÇO DE SAÚDE RURAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL

Em fins de 1971, a equipe passou a discutir ativamente a possibilidade de implantar em comunidades rurais do Município de Porto Nacional um serviço de extensão de cobertura envolvendo atendimento primário de saúde por pessoal auxiliar estável. Discutiu-se especialmente o tipo de pessoal a ser utilizado, face à experiência observada pelo autor em sua viagem pela América do Sul.¹⁷ A distribuição populacional do Município de Porto Nacional pode ser apreciada na tabela 1, baseada no censo de 1970. Verificamos que a população urbana recenseada dos distritos somava 917 habitantes, sendo que o mais populoso (Silvanópolis) contava, à época, com apenas 276 habitantes na sede. Esta realidade levou a equipe a considerar a utilização de atendentes rurais ao invés de auxiliares de enfermagem, aqueles com curso primário e três meses de formação em serviço, estes com primeiro ciclo completo mais um ano de curso intensivo na Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem de Porto Nacional.

Das quatro comunidades que vieram a ser trabalhadas por este programa, três (Canela, Ipoeiras e Silvanópolis), eram distritos do Município de Porto Nacional, a quarta (Taquaruçuzinho) era um povoado, à época pertencente ao distrito de Canela. Distavam da sede do Município entre 56 km (Canela) e 77 km (Ipoeiras) por estrada de rodagem, podendo sua posição relativa ser apreciada no mapa da fig. 2. À exceção de Silvanópolis, nenhuma das comunidades possuía transporte regular para a sede do Município.

Três dessas comunidades tiveram origem no último quartel do século passado (Ipoeiras, Canela e Taquaruçuzinho). Somente Silvanópolis originou-se no começo deste século (1913). Canela, por exemplo, teve origem com a chegada de um desbravador ao local, em torno do qual foram se fixando seus descendentes, assim formando o povoado. A escola foi instalada em 1920. A construção da capela data da década de '40. Uma das principais atividades do local é a produção de fumo. O povoado já possuía, na década de '30, um campo de pouso de emergência para o Correio Aéreo Nacional. Taquaruçuzinho era propriedade rural de família de pecuaristas em fins do século passado. Este povoado conheceu um período de ocupação na década de '40 por

famílias originárias do Maranhão e Piauí, sendo nesta época criada a primeira escola primária. Da mesma época data a capela local que serviu de ponto de aglomeração dos moradores, donde o povoado ser conhecido também como Santa Fé do Taquaruçuzinho. Na mesma região há atividade de missionários da Igreja Batista. O povoado de Ipoeiras também se originou em torno de uma fazenda, com a doação, no último quartel do século passado, de "meia légua de terras" à igreja, que lá construiu uma capela, em torno da qual passaram a se congregar moradores. Esta comunidade sofre o efeito das cheias periódicas do rio Tocantins. A comunidade de Silvanópolis, como dissemos, mais jovem do que as anteriores, também teve origem na construção de uma capela e, logo em seguida, de uma escola. Silvanópolis distingue-se das outras comunidades trabalhadas por estar à margem de uma estrada bastante movimentada que liga a cidade de Porto Nacional à de Natividade. Este fato faz com que, ao contrário das outras, seja servida por linha regular de ônibus. À exceção de Taquaruçuzinho, as comunidades foram elevadas à categoria de distrito por resoluções municipais datadas do ano de 1963.

Certamente devido à sua formação histórica, os vilarejos estudados apresentam um padrão urbanístico comum: uma grande praça, no centro da qual se localiza a igreja e a escola, em torno da qual se situam as casas. Quando muito há uma ou no máximo duas ruas que saem da praça. O posto rural era instalado numa casa adaptada para essa finalidade, numa das ruas que formavam a praça. * (figuras 3 a 8)

Visando contar-se desde logo com intensa participação comunitária, foram mobilizados diversos órgãos da comunidade de Porto Nacional, que prontamente atenderam ao apelo e se engajaram na constituição do que viria a ser o Serviço Rural de Saúde da Prefeitura Municipal. A localização que se optou, para a administração do serviço a nível da Prefeitura Municipal, se explica pelo fato de a sede municipal já ser dotada de Unidade Mista e de o Prefeito ter se motivado para o apoio à extensão dos serviços de saúde aos distritos e povoados. De fato, a proporção dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios que deveria ser dedicada à saúde (10%) estava sendo uti-

* Godinho, Durval - informações pessoais, 1978

lizada para o eventual transporte de doentes e a idéia de uti
liza-la para acionar um serviço que atendesse de forma estável
às comunidades rurais motivou a administração municipal. As ou
tras entidades e órgãos comunitários, já mobilizados por tra
balhos anteriores, prontamente aderiram ao projeto e se articu
laram em torno do mesmo. Em novembro de 1971, já se realizava
a primeira reunião e se organizava o esquema de ação.

Em princípio, apresentou-se à Prefeitura Municipal um
programa (Anexo A), cujos objetivos se relacionavam à extensão
das ações sanitárias ao interior do município, com ênfase no
desenvolvimento social, na utilização de recursos locais e na
participação comunitária. As diretrizes apontavam para filosofi
a de integração periférica (Azevedo,²⁰ 1973), ou seja, a uti
lização harmônica dos recursos disponíveis e a articulação de
todas as entidades prestadoras de serviços de saúde acessíveis
ao projeto. A área de atuação envolvia primitivamente 5 comuni
dades, mas de pronto se verificou que numa primeira fase somen
te se poderia operar com 3 delas: Canela, Ipoeiras e Silvanó
polis.

O programa de ação reproduzia as atividades básicas
que eram realizadas a nível da Unidade Mista: assistência sani
tária à criança, à gestante, aos adultos em geral, saneamento
básico do meio, controle de doenças transmissíveis, assistência
odontológica quando das visitas de supervisão e prestada na se
de do município, educação em saúde e organização da comunidade.

As entidades envolvidas (Sindicato Rural, OSEGO - Uni
dade Mista, ACAR-Goiás (hoje EMATER-GO), SUCAM - Ministério da
Saúde, Prefeitura Municipal, Escola de Auxiliares de Enferma
gem - OSEGO, COMSAUDE e Ação Comunitária Portuense) firmaram
um convênio em 1971, documento que consolidava o programa de
ação, a responsabilidade de cada um dos participantes e um Re
gimento Interno do Conselho Técnico e Administrativo do Progra
ma - órgão de coordenação a nível municipal (Anexos A, B e C).

Em linhas gerais, o Sindicato Rural, conveniente com
o FUNRURAL (MPAS) ficou encarregado de prover parte do mate
rial para os postos e dotação financeira mensal destinada à
aquisição de material de consumo e ao pagamento dos atendentes
(recursos provenientes do FUNRURAL). A Unidade Mista ficou en
carregada do treinamento (juntamente com a Escola de Auxilia
res de Enfermagem) e supervisão dos Atendentes Rurais; a ACAR-
Goiás responsabilizou-se pela orientação técnica e apoio à for

mação de hortas bem como colaboração na formação dos Atenden
tes a esse respeito. Por intermédio dessa Entidade, foi inicial
mente encaminhado, pela UNICEF, material para o equipamento
de 2 postos e depois para mais um posto. A SUCAM ficou encarrega
da de transformar o atendente num notificador voluntário e o
Posto Rural num posto de notificação (P.N.) da Campanha de Erad
icação da Malária, bem como da divulgação do trabalho por
intermédio dos guardas do Programa de Malária. A Prefeitura Muni
cipal responsabilizou-se pela construção ou reforma dos prédi
dios (figuras 5 e 8), transporte para as visitas de supervis
são, parte do equipamento, apoio administrativo a nível centr
al (localizado no prédio da Prefeitura), tanto para o Programa
como para seu Conselho Técnico Administrativo, mantendo um
funcionário administrativo e um técnico (enfermeiro) exclusivame
mente dedicados ao Programa. A Escola Experimental de Auxiliare
res de Enfermagem encarregou-se de parte substancial do programa
de formação dos atendentes rurais e deu apoio à supervisão.
A COMSAUDE colaborou com a formação e o apoio aos atendentes
nos aspectos relativos à nutrição. A Ação Comunitária Portuense
se participou, organizando a divulgação do Programa a nível da
sede do Município.

O Conselho Técnico Administrativo era um órgão colegi
ado onde estavam representados os oito órgãos e entidades envo
lvidos no Programa. Tinha por finalidade formular e acompanh
ar a execução das diretrizes programáticas, visando, além
disso a consolidar o compromisso das diversas entidades em ap
oiar a Prefeitura na execução das ações. Este Conselho se reuni
uiu regularmente durante o período de que trata o presente traba
lho, se não quinzenalmente, como era inicialmente previsto ,
pelo menos mensalmente.

O recrutamento dos candidatos ocorreu em janeiro de
1972 e, em fevereiro, já se realizava o treinamento dos primeiro
s 6 atendentes. Tratava-se de pessoas entre 20 e 50 anos,
com uma exceção, de um atendente de Silvanópolis que já tinha
60 anos. Os dois atendentes da comunidade de Silvanópolis, indi
cados por líderes locais, já exerciam atividades de atendime
nto à saúde dentro do sistema informal do povoado. Os restantes
não eram pessoas das comunidades a que iriam servir e apena
s uma tinha alguma experiência em atividade de enfermagem
não ligada a qualquer instituição.

O curso teve a duração aproximada de 480 horas, sen

do dois terços desse total dedicados à atividade básica de enfermagem a nível da Unidade Sanitária e Hospitalar (formação de atendente), a cargo da Escola de Auxiliares de Enfermagem, e um terço dedicado à formação curativa, a cargo do corpo clínico da Unidade Mista.

Devido ao fato de termos observado em nossa visita pela América do Sul a dificuldade aos trabalhadores de formação elementar em operar com manual em que tivessem que fazer diagnóstico, optamos por uma orientação predominantemente sintomática, pautando-se o treinamento na correta utilização de uma árvore de decisão-programada (Anexo D) envolvendo 56 itens (afecções, grupo de afecções e sintomas) sendo que essa decisão-programada conduzia à administração de esquemas terapêuticos padronizados envolvendo inicialmente 66 medicamentos. A operação de árvore-de-decisão associada aos esquemas terapêuticos conduzia a três opções: tratamento completo do doente; tratamento parcial e agendamento para a visita (mensal) do médico à localidade e, finalmente, encaminhamento direto à Unidade Mista de Porto Nacional. Ao final do curso pudemos verificar que os atendentes aplicavam com correção e desembaraço o manual terapêutico. Além disso, toda a operação do posto obedecia a rotinas simplificadas, envolvendo a limpeza do posto, as atividades fundamentais (as manhãs eram dedicadas a atividades internas e as tardes à visitação domiciliária), tratamento de doenças transmissíveis, saneamento do meio e preparação da visita médica (Anexo E). Além desses componentes, os atendentes receberam treinamento na SUCAM a respeito do programa de malária, especialmente sobre técnica de colheita de lâminas e terapêutica de malária, e na então ACAR-Goiás aprenderam a orientar a população rural sobre o plantio de hortas e técnicas agrícolas fundamentais.

Durante o curso foi possível aplicar teste de Raven para avaliar o nível intelectual dos treinandos. Esse teste revelou que dos seis candidatos, 2 apresentavam capacidade intelectual média (classificação III), 3 apresentavam capacidade intelectual média-inferior e 1, capacidade mental inferior à média (classificação IV). O desempenho ulterior revelou que os dois melhores atendentes tinham apresentado capacidade mental média inferior. Um dos treinandos abandonou logo o Programa por motivos pessoais. Os dois que foram para Silvanópolis não conseguiram conciliar suas rivalidades pessoais e sua atvida

de no sistema informal de saúde com as rotinas do serviço, de tal forma que esse posto nunca chegou a funcionar dentro da programação, passando inclusive algum tempo fechado. Por esse motivo essa comunidade foi tomada em substituição a Taquaruçu, como testemunho (vide Metodologia).

Ao teste de Raven conferimos importância apenas relativa, pois havia sido aplicado em diversas pessoas da comunidade de Porto Nacional, como em estudantes de diversos graus, dando resultados com aparentes desvios para valores inferiores, o que foi interpretado como viés cultural do teste. Na sociedade de Porto Nacional, à época, jornais, revistas e outros meios de estimulação visual, tinham curso muito restrito, fato que foi considerado muito importante na formação do tipo de faculdade mental que o teste aferia.

Os postos rurais passaram a funcionar com certa regularidade a partir de junho de 1972. Conforme já comentamos, o posto de Silvanópolis teve funcionamento irregular no segundo semestre de 1972, tendo permanecido fechado após essa época, sendo reaberto em meados de 1973, agora operado por uma auxiliar de enfermagem. O ritmo dos trabalhos, de resto, desenvolveu-se com certa regularidade, a não ser durante a época das chuvas (principalmente dezembro, janeiro e fevereiro), quando quedas de algumas pontes tornavam impossíveis visitas de supervisão e quando a afluência aos postos rurais diminuía, principalmente por parte de não residentes (esse fenômeno observa-se também na Unidade Mista de Porto Nacional). As visitas de supervisão se fizeram também com certa regularidade, geralmente constando de enfermeira, médico (ou doutorando estagiário), que realizava as consultas, e frequentemente um membro do Conselho Técnico Administrativo. Havia dificuldades relacionadas à irregularidade do transporte (afretado na praça de Porto Nacional e financiado pela Prefeitura Municipal), à disponibilidade de medicamentos, mas, o maior problema foi a não disponibilidade de vacinas, àquela época escassas, inclusive para a Unidade Mista. Alguns resultados obtidos no programa de imunizações, apesar desse fato, o foram com a colaboração de alunas da Escola de Auxiliares de Enfermagem que, havendo disponibilidade de vacina, incursionavam pelos postos rurais imunizando as populações alvo. O serviço sofria também com a disponibilidade variável de recursos na pequena prefeitura do Município e, secundariamente, com inevitáveis injunções político - eleitora

is, apesar do que se manteve o funcionamento regular dos serviços no período de que trata o presente trabalho.

O sistema de informações se baseava no preenchimento, pelo atendente rural, de mapa (único) de trabalho diário, onde figuravam de forma resumida todas as ações desse servidor (Anexo F). Além deste, o único documento preenchido pela atendente rural era a ficha individual para cada pessoa atendida - modelo semelhante ao da Fundação SESP (Anexo G). A partir dos mapas diários de trabalho, eram produzidos relatórios trimestrais de cada posto e do conjunto dos mesmos, a nível da secretaria do serviço, em Porto Nacional. Esses relatórios eram analisados pela enfermeira e pelo médico e levados à discussão na reunião do Conselho Técnico Administrativo, de onde surgiam sugestões visando à melhoria da qualidade do serviço.

A produção geral dos serviços para os dois primeiros anos de funcionamento pode ser apreciada na Tabela 2. Chamamos a atenção para a pequena produção de vacinações, já explicada. Devido ao fato de os postos não terem tido funcionamento perfeitamente regular, por causa de férias, viagens do atendente à sede do Município e das ocorrências já mencionadas em Silvânia, a tabela 2 não dá senão uma idéia global da produção de serviços. Ao estudarmos essa produção por posto rural e por período de funcionamento, verificamos que a média de atendimentos, por posto e por dia útil, foi de 9,2 para esses dois anos. Desses atendimentos, em média, 34,4% foram prestados a não-residentes no lugarejo trabalhado. A frequência de visitas domiciliárias por dia útil durante esses dois anos foi de 2,0. A média de medicação ministrada por dia útil foi de 5,2, sendo desta 75,0% por via oral, 20,8% por via intramuscular e 4,2% por via endovenosa. O número médio de consultas por visita médica foi de 41,3% e o número médio de visitas de supervisão por posto e por mês foi de 1,0. Afora a consideração desses dados médios, importa destacar algumas tendências: por exemplo, o número de visitas domiciliárias que caiu para 1,0 e 1,2 por dia útil, no terceiro e quarto trimestres de funcionamento dos postos, teve sua frequência repostada a 2,1 e até 2,6 nos trimestres subsequentes por intervenção direta da supervisão; alguns atendentes, devido à prática anterior de "enfermagem" desvinculada de instituições, favoreciam a administração de medicação endovenosa, muito apreciada pelas populações rurais,^{217, 141, 175} tal prática, no entanto, era desestimulada por ocasião das vi

sitas de supervisão, tendo se conseguido limitar essa distorção. O número de consultas por visita média caiu progressivamente de um máximo de 79,3 no primeiro trimestre para 19,8 no último trimestre desse biênio levando à impressão de um melhor critério seletivo no agendamento dos doentes, pelo atendente, para serem vistos pelo médico. De uma forma geral, eram vistas todas as gestantes (sempre menos de uma dezena), algumas crianças com problemas de desenvolvimento e outros, e alguns adultos. A consulta médica era, no entanto, um momento de afirmação do prestígio do atendente diante da comunidade, já que esta assistia à troca de informações entre o atendente e o médico. Não raro o médico atendia propositadamente a uma certa proporção de uma, por assim dizer, "demanda política", prestígiando o atendente.¹⁸⁴ Com o correr do tempo, ao que tudo indica, os critérios de encaminhamento à consulta foram se tornando mais racionais. Quanto ao encaminhamento imediato de doentes à Unidade Mista, ainda que dificultado pela pequena disponibilidade de transporte (à exceção de Silvanópolis que contava com ônibus diário para Porto Nacional), não chegou a uma dezena de casos por posto por ano, nos dois anos estudados. As visitas de supervisão revelaram também que, de uma forma geral, os atendentes utilizavam frequente e adequadamente o manual terapêutico de decisão-programada. Um problema sério com que se defrontou o serviço foi a dificuldade de obtenção de água potável de boa qualidade, especialmente em Canela e Taquaruçu. De forma irregular, de acordo com a disponibilidade do produto químico, esse problema foi contornado pelo fornecimento de hipoclorito de sódio em pastilhas, proveniente da Companhia Estadual de Saneamento - SANEAGO. A falta de certos equipamentos, como balança infantil, impediu a realização de pesagem em alguns postos por algum tempo. Sob demanda da comunidade, realizou-se ciclo de palestras sobre limitação da natalidade a 13 senhoras interessadas no povoado de Taquaruçu. Houve ainda um surto de infestação por pulgas nesta localidade e o Serviço de Saúde conseguiu Aldrin para combatê-lo, o que foi feito com muito sucesso (março de 1973).

Uma estimativa de custos para os serviços, realizada em 1972, que inflacionamos para cruzeiros de 1978, com a finalidade de dar uma idéia mais atual de sua dimensão, revelou que o custo médio das instalações físicas se situava em torno

de Cr\$ 68 mil (US\$ 3 310)* e o do equipamento, em torno de Cr\$ 63.000 (US\$ 2 900). A manutenção, incluindo o salário do atendente, salário do pessoal fixo a nível central (enfermeira e auxiliar de escritório), despesas de viagem, horas da enfermeira supervisora e horas do médico (apenas não inclui as despesas com os estagiários que, por vezes, atendiam no lugar do médico, durante as viagens), e despesas com medicamentos, montava em média a Cr\$ 9 281 (US\$ 422) por posto e por mês, o que corresponderia a Cr\$ 248 (US\$ 19,45) por dia útil. Nesses termos, face à produção média de serviços, a consulta de atendente ficava em Cr\$ 23,00 (US\$ 1,06) e a visita domiciliar em Cr\$ 107,00 (US\$ 4,9). Para uma idéia de comparação, o custo da consulta médica na Unidade Mista de Porto Nacional à época (em cruzeiros de 1978) era de Cr\$ 7,50. É necessário que se diga que os serviços na Unidade Mista de Porto Nacional eram particularmente econômicos¹⁹ porque os 5 médicos trabalhavam exclusivamente para o Estado e atendiam a um número muito grande de doentes (36 800 consultas em 1971, realizando 9,1 consultas por hora de trabalho). Do custo de manutenção do posto rural, 11,4% correspondiam ao salário do atendente, 5,7% ao custo das viagens de supervisão (transporte), 37,2% ao pessoal de apoio, direção e supervisão e 45,6% aos medicamentos. (Num estudo amplo na Guatemala²⁰² os custos dos medicamentos chegavam a representar 70% do valor do atendimento pelo auxiliar). Podemos assim supor que, caso os medicamentos pudessem ser financiados pelo nível federal (CEME), as despesas da Prefeitura cairiam pela metade. É necessário frisar que as horas do médico e da enfermeira supervisora não eram remuneradas de fato, participando no cálculo apenas para efeito de custeamento. Esses dados comparam-se favoravelmente com os da Venezuela²⁷¹ onde o rendimento da consulta era de apenas 1,2 consultas por atendente, por dia útil, e o custo de US\$ 3,4 por consulta, sendo (**) mais elevados do que os de outras experiências nacionais como a da Paraíba²⁴, onde o custo médio da atividade realizada por dia era de Cr\$ 5,26 de 1974 (Cr\$ 18,80 de 1978). Pelo menos, no caso de Porto Nacional verificamos não ser tão acertada a afirmativa de que os serviços rurais são muito baratos (40 a 100 vezes menos do que os dos centros de

* fator de conversão utilizado US\$ 1 = Cr\$ 22,00

** aproximadamente iguais aos da Guatemala²⁰²

saúde - OMS ²⁸⁶ na África, Fendall ⁹²). Parece mais procedente a afirmativa dos que os consideram dispendio os quando calculados "per capita" ³⁰. É bem verdade que não é fácil comparar custos, pois as metodologias diferem muito. No caso da que usamos nas presentes estimativas, estão incluídas todas as despesas detectáveis de manutenção: diretas e indiretas. Baseando-nos em custos estimados do PIASS ³¹, para 1978 - Cr\$ 100 mil para a instalação e Cr\$ 40 mil para manutenção anual, podemos considerar os custos de instalação de Porto Nacional razoáveis (Cr\$ 111 mil), mas elevados os relativos à manutenção (Cr\$ 132 mil). Certamente esse custo elevado de manutenção se relaciona à necessidade da existência de uma estrutura central para a operação de apenas 4 postos (à época). Por outro lado, os benefícios para a população podem perfeitamente justificar esses custos.

Dentro de uma série de situações, os representantes do sistema informal de saúde têm sido utilizados com sucesso. Tal é o caso das parteiras leigas no trabalho da Fundação SESP e também de Porto Nacional; das Dai ^{237, 223} e dos sistemas Ayurveda e Unani da Índia ^{7, 11, 239, 122}, se bem que em alguns casos em atividades específicas como planejamento familiar ^{219, 13}, dos curandeiros Yoruba na Nigéria, ⁴ no Kenia ²⁵⁷, sendo sua utilização ventilada e mesmo recomendada em trabalhos da OMS ^{189, 190, 2}. No Brasil, em Pernambuco, ¹⁰⁶ tem-se notícia de que 77% da população de certas comunidades rurais utilizam o "rezador". A experiência do trabalho de Porto Nacional entretanto é negativa quanto a esse aspecto. Os dois atendentes de Silvanópolis que exerciam atividades no sistema informal não pareceram mudar de comportamento, funcionando o posto rural, ao que tudo indica, como elemento de validação de sua prática tradicional. Mesmo a atendente de Taquaruçu, com alguma experiência de "enfermagem" no passado, apenas com muita insistência da supervisão passou a ministrar menos injeções endovenosas - sem dúvida um remanescente de suas práticas anteriores. Aliás, um dos objetivos lembrados como dos mais importantes no treinamento dos auxiliares tem sido a mudança de atitudes mais do que propriamente a aquisição de conhecimentos (Hoff ¹²³, 1969).

Em setembro de 1973, criaram-se nos lugarejos atendidos Conselhos Comunitários, cuja principal finalidade era a de implementar as atividades de educação em saúde e garantir o envolvimento da comunidade, inclusive no aspecto financeiro

quando necessário.

Quando foi necessária a substituição da atendente de Taquaruçu, por motivo de saúde, membros do Conselho Técnico Administrativo fizeram uma viagem até a localidade (janeiro de 1974) para verificar a situação "in loco", tendo decidido pela conveniência da substituição. Em março de 1974 realizou-se no curso para atendentes visando à substituição daqueles que já não podiam exercer adequadamente suas funções.

Após o período correspondente ao estudo, que é objeto do presente trabalho, o Serviço de Saúde Rural do Município de Porto Nacional passou por diversas vicissitudes, quer ligadas a injunções políticas locais (suspensão do apoio financeiro municipal devido ao emprego desses recursos em atividades politicamente mais rentáveis em períodos eleitorais) quer relativas a enchentes no Rio Tocantins, atingindo principalmente Ipo eiras, a exemplo do que ocorreu no ano de 1977, quando o vilarejo foi praticamente destruído. Apesar desses fatos, as atividades de expansão de cobertura, dos serviços da Unidade Mista de Porto Nacional prosseguiram, tendo-se inclusive optado, em comunidades mais populosas, pela utilização de auxiliares de enfermagem. Em especial, há um trabalho de avaliação de uma unidade desse tipo em município vizinho a Porto Nacional - Brejinho de Nazaré (Pereira da Silva,²⁰⁶ 1976). Nesta comunidade, sede de município, com 1 100 habitantes (população total 7 848 em 1975) funciona desde 1974 uma unidade tipo "C" operada por uma auxiliar de enfermagem, um atendente e um servente. A pequena planta física foi construída pela prefeitura local e o servente também é remunerado por esta, sendo a auxiliar de enfermagem e o atendente remunerados pela OSEGO. Antes do início da operação do serviço, foi realizado um inquérito sanitário nos moldes do que constitui o objeto deste trabalho. São operados os serviços básicos de assistência à gestante, crianças e adultos, controle de doenças transmissíveis, saneamento do meio, vacinação e educação em saúde, sendo utilizado o manual terapêutico semelhante ao que descrevemos neste trabalho. Durante os anos de 1974 e 1975 foram encaminhados à Unidade Mista de Porto Nacional (distante 42 km ao norte, na outra margem do rio) respectivamente 17 e 24 casos dos 6052 e 7160 comparecimentos à Unidade. A cobertura de vacinação em menores de 5 anos (DTP, Sabin, AV, AS e BCG) foi de 84% para o total das crianças desse grupo etário e de 85,8% em relação ao total dos inscritos na

Unidade. A cobertura do seguimento das gestantes foi de 93%. O coeficiente de mortalidade infantil foi de 66 por mil nascidos vivos em 1975 e o de mortalidade materna foi nulo. Após a operação da Unidade, a proporção de domicílios com fossas secas aumentou de 45% (1973) para 87% (maio de 1976).

IV. METODOLOGIA

A idéia inicial que presidiu o trabalho foi a realização de um modelo quase-experimental, onde se pudessem efetuar observações "antes" em três comunidades, instalar postos rurais em duas delas e deixar que uma permanecesse como testemunho.

Tal modelo somente não se caracteriza como experimental pelo fato de não se tratar de escolha aleatória do grupo ou grupos a serem submetidos ao estudo, da eleição entre aqueles que receberão o "tratamento" e os que permanecerão como testemunhos e ainda devido à impossibilidade de um perfeito controle do observador sobre o "experimento". (Nachmias,¹⁷⁹ 1976; Campbell,⁵⁶ 1963)

Dentro da formulação inicial, o modelo proposto para o trabalho seria o seguinte (utilizando a notação dos autores citados):

	Pré-teste	Intervenção	Pós-teste
Grupo experimental (2 comunidades)	O_1	X	O_2
Grupo controle (1 comunidade)	O_3		O_4

Onde O_n são os diversos inquéritos realizados e
X é a intervenção ("tratamento") realizada,
no caso, a operação de posto rural.

No caso da formulação inicial, as comunidades de Canela e Ipoeiras participariam do grupo experimental, permanecendo Taquaruçu como comunidade testemunho, o que vale dizer que nas duas primeiras seriam instalados postos rurais e na última seriam apenas realizados os inquéritos antes e depois.

As populações estudadas constituíam a totalidade das comunidades em questão. Desta forma, não poderiam, como comentaremos adiante, a rigor, ser consideradas como amostras e muito menos aleatórias. A alocação da variável ou fator independente, que seria a operação de posto rural, poderia realizar-se de forma aleatória, o que caracterizaria o modelo proposto como quase-experimental.

Tal modelo, no entanto, não pôde ser levado a efeito devido ao fato de que a comunidade testemunho (Taquaruçu), tendo sido submetida ao inquérito inicial, alertada para o que se rea

lizava nos outros distritos - especialmente Canela que lhe é bastante próxima (vide mapa, fig. 2) - passou a reivindicar a instalação de um posto com atendente rural. Este fato, aliado à disponibilidade de recursos materiais por parte de agência internacional coparticipante do programa, fizeram com que a Prefeitura Municipal não pudesse negar a instalação de um posto também à última comunidade. Essas circunstâncias se prendem, por outro lado, à realidade de que não se tratou de montar um modelo puramente de pesquisa e sim de avaliar a operação de serviços de saúde em condições normais de funcionamento, particularmente a caracterização do impacto produzido por tais serviços nas comunidades trabalhadas. Desta forma o modelo perde em rigor científico para ganhar em autenticidade e, quiçá, em reprodutibilidade, face às condições rotineiras que enfrentou.

Diante da impossibilidade de colocar em prática o modelo quase-experimental como planejado, optamos por tomar uma outra comunidade, Silvanópolis, como testemunho, submetendo-a a inquérito somente depois, já que havia passado a oportunidade de realizá-lo antes. O fato da escolha não aleatória dessa nova comunidade-testemunho não estaria muito em choque com a metodologia empregada (modelo quase-experimental); o fato de se realizar apenas o segundo inquérito também não afetaria gravemente o modelo, já que alguns autores, em modelos experimentais, exaltam as virtudes do desenho com testes apenas "a posteriori" no testemunho, já que neste modelo o que se perde no conhecimento do indivíduo (no caso comunidade) "antes", é compensado pelo fato de se estar evitando os efeitos intrínsecos do inquérito sobre este testemunho. No entanto, no modelo experimental esse desconhecimento "antes" é compensado perfeitamente pela escolha aleatória do testemunho. Essas imperfeições do modelo, parte relacionadas aos grupos sendo estudados (comunidades) e parte a acontecimentos circunstanciais já mencionados, seriam grandemente aliviadas se pudéssemos, no decorrer da análise dos inquéritos, concluir pela elevada similitude das comunidades "antes" e ainda, destas com a comunidade-testemunho. Estas últimas condições foram em parte satisfeitas, conforme comentaremos no capítulo dedicado à discussão.

Utilizando uma vez mais a notação dos autores mencionados, podemos figurar o modelo efetivamente utilizado, da seguinte forma:

	Pré-teste	Intervenção	Pós-teste
Grupo experimental (3 comunidades)	O_1	X	O_2
Grupo controle (1 comunidade)			O_3

Conforme mencionado nos objetivos do presente trabalho, planejou-se a aferição dos efeitos da ação dos postos rurais sobre a comunidade, por intermédio de mudanças observadas em três aspectos:

Indicadores de Saúde: Consideramos conveniente a mensuração de indicadores de saúde, por se tratar de recurso clássico na aferição de níveis de saúde de comunidades. No entanto, de pronto compreendemos que face a populações de dimensões tão limitadas, dificilmente qualquer dos indicadores habituais poder-se-ia mostrar-se significativo. Além disso, consideramos o período entre os dois inquéritos (cerca de 1 ano e seis meses) demasiadamente curto para que as ações, ainda que bem sucedidas, pudessem mostrar resultados apreciáveis quanto à sua repercussão sobre os indicadores de saúde.

Informação com relação à Saúde: Na avaliação deste aspecto, face aos tipos de problemas de saúde mais frequentes e às ações programadas para desenvolvimento pelo atendente rural, foram eleitos quatro campos de conhecimento com relação à saúde: causalidade das doenças mais comuns, valor nutricional dos alimentos, cuidados com relação à puérpera e práticas de higiene corporal. Optou-se pela ênfase na avaliação do nível de informação ou de conhecimento mais do que de atitudes decorrentes desse conhecimento, por dificuldades metodológicas que adiante exporemos e ainda por entender que algumas variáveis obtidas a partir do inquérito (modificações na disposição de dejetos, no abastecimento de água, plantio de hortas, padrão de utilização do serviço) poderiam, em parte, traduzir ações que seriam a resultante final do processo conhecimentos + atitudes + práticas (Marcondes,^{160, 161}). A transformação dos dados do questionário em aberto para um sistema de pontos ou notas ("scores") será objeto de comentário adiante.

Qualidade da Habitação: Ao tentar aferir a qualidade da habitação, defrontamo-nos com problemas relativos à definição de

habitação adequada para as populações trabalhadas. Certamente, se optássemos por adotar os conceitos vigentes em códigos de obras ou mesmo os conceitos arquitetônicos e urbanísticos mais benevolentes, os padrões encontrados estariam uniformemente abaixo dos padrões compatíveis com os níveis mínimos de aceitabilidade. Na literatura encontramos alguns métodos "objetivos" de aferição de qualidade de habitação rural (Gremliza,¹¹⁵ 1965; Bo,⁴² 1967). No entanto, tais metodologias não deixam de pecar por certo viés cultural, à medida em que envolvem um conceito de habitação padronizado, quando de fato tal conceito sofre ampla variação nas diversas culturas e subculturas. Buscando evitar ese inconveniente, ativemo-nos a uma avaliação da habitação relacionada estritamente à promoção da saúde e à prevenção das principais afecções vigentes na região. Tal padrão habitacional também contém, evidentemente, um viés cultural, somente que agora pretendemos tê-lo claramente definido. Conforme verificaremos adiante, uma habitação que tivesse obtido uma nota ("score") máxima, segundo os critérios utilizados, provavelmente ainda estaria longe de se constituir numa residência de bom padrão, mesmo para os juízes mais benevolentes.

A ORGANIZAÇÃO DO INQUÉRITO

O inquérito foi desenvolvido a partir de várias experiências anteriores na comunidade de Porto Nacional. Foi dada especial ênfase à sua clareza e ao emprego adequado e oportuno de expressões regionais para que fosse facilmente acessível não somente à população alvo, mas também ao entrevistador que era o próprio atendente rural. Sempre que possível utilizaram-se questões fechadas, deixando em aberto apenas aquelas cuja riqueza de alternativas significantes não pudesse ser antecipada. Tal foi o caso das informações com relação à saúde, enumeração de líderes, programas de rádio preferidos, notícias consideradas relevantes e poucas outras mais. Os atendentes foram treinados para sua aplicação e o inquérito foi testado na periferia de Porto Nacional, habitada por populações com proveniência recente da zona rural do norte do Estado, sendo a acurácia de seu preenchimento considerada satisfatória.

Passamos a descrever os pontos principais do formulário aplicado (Anexo H):

Logo após a inscrição do local e data do inquérito, iniciava-se um campo denominado "Composição e Estrutura da Famí

lia". Este campo era constituído pelo nome de cada componente, sua posição com relação ao chefe da família (mãe, filha, sobrinho... agregado), sexo, idade (data de nascimento), ocupação, escolaridade, local de nascimento, procedência, tempo na localidade, existência de pessoas da família que se mudaram da localidade no ano anterior, e ainda as vacinas recebidas por cada membro da família. Esse campo era encerrado por um espaço em aberto para registro das causas da procura e abandono do local.

"Habitação". Neste campo eram colhidas informações sobre as condições da habitação no referente à qualidade das paredes, disponibilidade de água, condições do teto, destino do lixo, sanitários, números de cômodos e de quartos na casa. Além disso pretendia-se estimar a área construída, e ainda a propriedade da habitação e o aproveitamento do quintal.

"Saúde". Eram colhidas, neste campo, informações sobre a presença ou ausência de gestantes na casa. Caso positivo, indagava-se a época da gestação, presença ou ausência de imunizações e pré-natal. A pergunta era repetida com referência a gestantes do ano anterior que já haviam dado à luz ou abortado. Neste caso, além das indagações da questão anterior, eram colhidas informações sobre a criança (viva, morta, aborto) e sobre a existência de registro do fato em cartório. A segunda questão deste campo dizia respeito à ocorrência de óbito no domicílio do entrevistado nos últimos 12 meses; caso positivo, o nome, idade, assistência utilizada e a existência ou não de atestado de óbito. Nesta questão insistia-se a respeito de mortes infantis ("nem criança pequena"?) considerando o valor social relativamente baixo do lactente na região e, portanto, a possibilidade de omissão do dado. Este campo prosseguia indagando o tipo de assistência de saúde utilizado pelas gestantes e pela população em geral. Essa discriminação se explica pelo fato da gestação não poder ser confundida com doença e pelo interesse em conhecer o padrão de utilização de serviços por esse grupo prioritário no atendimento à saúde. A alternativa "pessoas amigas" permitia que o informante fizesse referência ao curandeiro, rezeador ou outro tipo de representante do sistema informal de saúde, sem receio de sanções ou restrições de qualquer tipo (tais sanções, de fato, nunca foram regra na história dos serviços de saúde em Porto Nacional). Este campo prosseguia com "Informações com relação à Saúde". Ao se buscar colher informações sobre este aspecto, elegeram-se três afecções ou grupos de afecções particularmente frequentes e importantes na região: Vermi

nose("vermes"), tétano umbilical("mal dos sete dias") malária ("maleita") e subnutrição proteico-energética na infância ("criança magrinha"). Conforme já comentamos, o enfoque das indagações sobre esses aspectos se prendeu às informações de posse do entrevistado e não propriamente a atitudes com relação à saúde/doença, por razões que comentaremos adiante. Colheram-se ainda informações sobre a idade e causa do desmame, valor nutritivo dos alimentos("alimentos melhores para a saúde"). Ainda no relativo a tabus, foram colhidas informações sobre alimentos e atividades vedados à puérpera, já que a equipe identificava estes tabus, na região, como um fator impediante da correta condução desse período fisiológico. Pesquisou-se ainda a respeito das práticas de refeição da família (reunida ou em separado), presença de deficientes físicos ou mentais, incluindo-se alcoolismo e os hábitos de fumar, aspirar (rapê) e mascar fumo; estes dois últimos, usos tradicionais na região.

"Trabalho". O quarto campo iniciava-se com o levantamento das pessoas produtivas na habitação e sua renda aproximada (em sacos de grãos), já que numa economia não-monetária como a das comunidades estudadas, seria impossível uma aproximação monetária do tema. A seguir era feita uma indagação a respeito do relacionamento com a terra trabalhada. Neste ponto consideramos conveniente observar que, como a existência de títulos de propriedade é antes uma exceção do que regra na região, a resposta a esta indagação traduzia uma atitude subjetiva do entrevistado com relação à terra que ocupava. Neste sentido, teremos a oportunidade de discutir em outro ponto deste trabalho a diferença entre "agregado" e "proprietário". A seguir há uma série de indagações a respeito da produção, dificuldades encontradas e outros parâmetros da atividade agropecuária. Face à grande diversidade de respostas ao item relativo à produção, por razão de simplicidade utilizamos a produção anual de sacos de arroz e o tamanho, em número de cabeças, do rebanho bovino como indicadores indiretos de renda, ou melhor, de "riqueza", já que por vezes um rebanho bovino de certo porte tinha um dinamismo tão baixo que dificilmente se poderia relacionar o número de cabeças com a renda real de seu possuidor.

"Relações de vizinhança". Neste campo procurou-se indagar a respeito dos hábitos de relacionamento social da comunidade, bem como a periodicidade de viagem para fora da localidade. Além disso, pesquisou-se o modo pelo qual as famílias tomavam conhecimento de notícias, posse de rádio, e utilização

do rádio como meio de comunicação com o mundo exterior à localidade. Finalmente, indagava-se da disposição do entrevistado em permanecer ou não na comunidade, bem como as razões reveladas para tal disposição. Esta última questão visava a informar sobre a abertura ou fechamento da comunidade em relação ao meio exterior e ainda o grau de atração que a mesma exercia sobre os seus moradores.

A tabela 3 mostra, à época da realização, o número de unidades familiares participantes (correspondendo a 100% das famílias dos povoados) e a população residente à data. A tabela 4 mostra as famílias que participaram de ambos ou de apenas um dos inquéritos (por razões de mudança, já que não houve recusas).

Os dados do inquérito foram codificados, transferidos para cartões perfurados e processados segundo o "pacote" de programas (SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences" - Nie¹⁸², 1975) no computador do Núcleo de Computação Eletrônica da UFRJ - Rio de Janeiro, utilizando os programas CONDESCRIPTIVE para as variáveis contínuas e FREQUENCIES para as variáveis categóricas (discretas).

Optou-se por uma abordagem estatística apenas descritiva pelo fato de, a rigor, não se tratar de amostras e sim de populações inteiras a serem trabalhadas. Uma exceção foi feita para o caso das diferenças antes/depois das notas ("scores") relativas à qualidade de habitação (e nas variáveis componentes desta) e ao conhecimento com relação à saúde, nas quais foram utilizados métodos não paramétricos num ensaio de se tratar, neste caso e criticamente, as comunidades como amostras de um universo hipotético - aquele envolvendo a população rural não dispersa (agregada) dos municípios do norte de Goiás. Neste caso, em não se tratando de amostras aleatórias e em não se podendo assumir a distribuição normal para as variáveis (notas a respeito da qualidade de habitação e conhecimento com relação à Saúde), optamos pela utilização de métodos não paramétricos. Entre estes, em se tratando de exame de um mesmo elemento (no caso, família) em dois momentos "antes" e "depois", elegemos o teste de Wilcoxon para o caso das notas (variáveis contínuas) e o de MacNemar para o caso das variáveis discretas componentes da nota de qualidade de habitação (DEJETOS 2, ÁGUA 2, PAREDES, FILTRO, TETO, LIXO). Estas foram recodificadas de molde a se constituírem em uma dicotomia: 0 - solução inadequada e 1 - solução adequada. (Conover¹⁷⁰, 1971).

Os dados do inquérito geraram 96 variáveis que foram selecionadas e por vezes agregadas na constituição de 8 variáveis relativas aos aspectos econômicos: Propriedade da Terra, Propriedade da Habitação, Número de Cômodos, Número de Quartos, Dependência de Atividades Agrícolas, População Economicamente Ativa, Produção de Arroz, e Posse de Bovinos; 14 variáveis ou agregados de variáveis relativos a aspectos sociais: Analfabetismo, População Estudantil, Escolaridade do Chefe da Família, Local de Nascimento do Chefe da Família, Procedência do Chefe da Família, Meios de Informação, Propriedade de Rádio, Tempo de Residência no Local (resultante da agregação de duas variáveis: Pessoas que Fixaram Residência no Ano Anterior e População Residente há 10 Anos e Mais), Motivo da Procura do Local, Mobilidade Populacional (analisada em conjunto com Motivo de Abandono do Local), Expectativa de Permanência no Local (analisada juntamente com Motivo para a Permanência ou Desejo de Abandono do Local), Periodicidade de Viagem, Hábitos com Relação ao Fumo (analisando em conjunto as variáveis: Pessoas que Fumam, Pessoas que Aspiram Fumo e Pessoas que Mascam Fumo) e Uso do Quintal. No relativo aos aspectos específicos de saúde, foram geradas 18 variáveis ou agregados de variáveis: Natalidade, Fertilidade, Mortalidade Geral, Mortalidade Infantil, Natimortalidade, Utilização de Serviços por parte da Gestante, Utilização de Serviços por parte da População em Geral, Imunizações (analisando em conjunto as variáveis: Vacinação Antitetânica de Gestantes, Vacinação Antivariólica de Crianças, Vacinação Tríplice de Crianças, Vacinação Sabin de Crianças, Vacinação Antivariólica de Adultos, Vacinação Antitetânica de Adultos), Idade do Desmame, Destino dos Dejetos, Origem da Água de Abastecimento, Qualidade das paredes da Habitação, Posse de Filtro, Qualidade do Teto, Destino do Lixo, Nota ("score") da Habitação, Nota da Informação Sobre a Saúde 1 (ISAÚDE1 - ver definição a seguir, Nota da Informação sobre a Saúde 2 (ISAÚDE2)).

ATRIBUIÇÃO DE NOTAS ("SCORES") RELATIVAS À HABITAÇÃO E À INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO À SAÚDE

Ao se planejar o processamento dos dados, surgiu um problema particular referente à agregação dos dados relativos à Habitação e à Informação com Relação à Saúde.

INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO À SAÚDE

Quanto às respostas referentes ao Nível de Informação com

Relação à Saúde, buscou-se estabelecer um índice * que aferisse globalmente esse aspecto. Conforme já mencionamos, o inquérito fornecia respostas em aberto a respeito das informações relativas à higiene pessoal, alimentos bons e maus para a saúde e causas de quatro dos principais agravos à saúde na região (malária, tétano umbilical, verminoses e subnutrição proteico-energética na infância). Num primeiro momento, ao se procurar trabalhar essas respostas como a titudes, buscou-se avaliar a possibilidade de ordená-las segundo uma escala. Para tanto, contou-se com a colaboração de 7 "juízes", estudantes de pós-graduação em ciências sociais em São Paulo, que atribuíram notas, em cada caso, a cada um dos itens, em 243 dos 348 questionários aplicados. As notas variavam de 0 a 5 e eram aplicadas segundo critérios que valorizavam (notas maiores) as respostas mais próximas aos conhecimentos atualmente aceitos. Para fins de apuração utilizaram-se as medianas das notas obtidas. Buscando julgar se havia conveniência na atribuição de pesos aos diversos itens constitutivos da nota final, utilizou-se método escalográfico tipo Guttman, segundo a técnica de Cornell em 100 dos 243 questionários que haviam recebido notas dos juízes. Os resultados obtidos acham-se resumidos na tabela 5. O coeficiente de reprodutibilidade encontrado - 0,975, está acima do limite convencionalmente aceito (0,90), sendo altamente sugestivo do ajustamento dos dados ao modelo de escala. Tal resultado permite supor um ordenamento progressivo do conhecimento das populações estudadas, a partir de cuidados de higiene, no valor dos alimentos, causas das doenças e cuidados com a puérpera, em graus de dificuldade. Ou ainda, tal teste caracterizou uma hierarquia entre os conceitos, de molde a que os entrevistados que mostravam um conhecimento adequado a respeito dos cuidados com a puérpera, em geral o demonstravam com relação às outras questões de hierarquia mais fácil, os que não mostravam conhecimento adequado quanto a esta questão mas o demonstravam com relação às causas de doenças, geralmente também "a-certavam" os conceitos relativos ao valor dos alimentos e à higiene pessoal, e assim por diante. Destarte, pareceu coerente a atribuição de pesos em razão direta da "dificuldade", atribuindo-se peso 1 para os cuidados de higiene, 2 para a informação sobre o valor dos alimentos, 3 para o conhecimento das causas das doenças e 4 para as concepções a respeito dos cuidados para com

* índice; esta palavra é utilizada aqui com o significado de "medida que combina o valor de diversas variáveis ou itens numa medida composta" (Nie¹⁸², 1975 - cap. 26 p. 528) ou ainda como "medida multidimensional resultante da agregação de variáveis unidimensionais às quais se atribuem pesos (Lener,⁵⁰, 1972).

a puérpera. O índice assim constituído, para cada caso, tanto do inquérito "antes" como "depois", foi rotulado como variável ISAÚDE1. Somente para a comunidade de Silvanópolis (controle) não foi possível aferir esta variável.

Uma das preocupações que presidiram o processo de avaliação do impacto da operação dos postos rurais sobre as comunidades, foi, entretanto, o desenvolvimento de uma técnica de aplicação simples que pudesse ser ampla e facilmente reproduzida com a utilização intensiva de pessoal auxiliar, em projetos semelhantes. Por esta razão, ou seja, pelo fato da escalografia tipo Guttman exigir um grande número de juízes (no caso do presente trabalho, já simplificada nesse particular) e ainda por considerar que este tipo de técnica seria mais adequado se estivéssemos trabalhando a nível de atitudes e não de simples conhecimento, como nos pareceu mais conveniente no caso do presente trabalho, optamos por reavaliar quantitativamente aquelas respostas, agora a partir de uma escala tipo Likert (Nachmias¹⁷⁹, 1976; Nie¹⁸², 1975) conforme descreveremos a seguir. A variável assim construída recebeu o rótulo da ISAÚDE2. A mesma metodologia foi utilizada para o estabelecimento de um índice relativo à qualidade da habitação, rotulado como SCOREHAB. Assim, dentro desta segunda técnica utilizada (escala tipo Likert), elaborou-se uma lista de critérios para a aferição de cada resposta aberta e para a consolidação destas em duas notas ("scores"); uma relativa à qualidade da habitação e outra ao conhecimento com relação à saúde. Neste caso, apenas os critérios foram submetidos ao juízo de seis técnicos de saúde com experiência na região, tendo sido por eles aprovados. A aplicação das notas foi conduzida por um único examinador.

Optou-se, nesta fase, por uma análise a nível de conhecimento puro e simples, sem entrar no mérito das atitudes àquelas relacionadas, reconhecendo que o conhecimento não implica necessariamente na mudança de práticas. No entanto, pareceu-nos um indicador indireto do estabelecimento de condições mínimas para as mudanças comportamentais necessárias à elevação dos níveis de saúde da comunidade. De resto, mudanças no conhecimento de fatos relacionados à saúde poderiam ser, com muita segurança, atribuídos à ação da atendente rural, dado o relativo isolamento das comunidades trabalhadas. A cada uma das áreas indagadas (cuidados de limpeza, valor nutritivo dos alimentos, causas das doenças e cuidados com a puérpera), foram atribuídos nesta fase, pesos iguais. No referente aos cuidados com a limpeza, foi

questionado: "Quais os cuidados de limpeza principais para a boa saúde?" A escala de valores considerada para esta e para as outras questões relativas à saúde ia de um mínimo de 1 ponto para um grau de conhecimento bastante prejudicial à saúde; 2 pontos para um grau apenas prejudicial, 3 pontos para um grau de conhecimento considerado indiferente à manutenção da saúde; quatro pontos quando favorável à saúde e cinco pontos quando muito favorável à saúde. Nesta questão em especial, consideramos o conhecimento muito favorável à saúde o da necessidade da lavagem das mãos antes das refeições e preparo dos alimentos, face à importância das doenças de veiculação hídrica e alimentar; simplesmente favorável seria o conhecimento da necessidade de lavagem de frutas e alimentos crus; indiferente, o relativo a práticas de simples higiene corporal; prejudiciais, à saúde, os conhecimentos limitados apenas à limpeza da casa e muito prejudiciais, aqueles relacionados tão somente à limpeza do vestuário (lavar e passar roupa). Estes dois últimos níveis podem parecer um tanto peculiares, mas devemos lembrar que a avaliação se prendeu a uma realidade nosológica vigente na região e não à apreciação do valor intrínseco de tais práticas. No relativo ao valor dos alimentos, foram feitas duas perguntas: - "Quais os alimentos melhores para a saúde?" e - "há alimentos que fazem mal à saúde?". No que concerne à primeira questão foi considerado conhecimento muito favorável (5 pontos) o reconhecimento dos principais alimentos proteicos e vitamínicos acessíveis à população local; favorável, o reconhecimento de proteínas não animais, alguns alimentos vitamínicos e hidratos de carbono; indiferente, o reconhecimento apenas de hidratos de carbono; desfavorável, a identificação de alimentos isolados, de obtenção não fácil e de valor nutricional relativamente baixo ou incompleto (ex: doces); finalmente, muito desfavorável, o reconhecimento de alimentos de muito difícil obtenção na região, como os industrializados e de escasso valor nutritivo. Quanto à existência de alimentos que fazem mal à saúde, foi considerado conhecimento muito favorável o de que não há alimentos que façam mal à saúde; favorável o relativo a formas de preparo ou estado de conservação (alimentos muito condimentados, alimentos "dormidos"); indiferente, o relativo a alguns alimentos isolados sem maior valor nutritivo (ex: melancia); desfavorável, o relativo à enumeração de certa quantidade de alimentos disponíveis e acessíveis à população e muito desfavorável quando indigitados alimentos de elevado valor nutritivo e acessíveis à população (carne de porco, peixe de couro, etc.). No relativo às causas das doenças, foram considerados muito desfavoráveis aqueles conhecimentos que paradoxalmente ao

ao buscar evitar a doença em questão, indicavam ações que pudessem ocasioná-la ou agravá-la (ex: etiologia láctea para a desnutrição); desfavoráveis aqueles conhecimentos não relacionáveis ao agravamento da doença em questão, mas indutores de ações contrárias à promoção da saúde; os conhecimentos foram considerados indiferentes, quando não pareciam estar relacionados com a melhora ou piora da doença em questão (ex: tétano umbilical como doença do ar); foram considerados favoráveis quando se relacionavam a apenas um aspecto da doença questionada (ex: verminose relacionada apenas ao hábito de andar descalço) e, finalmente, considerados muito favoráveis quando envolvendo aspectos fundamentais da afecção em questão (relacionamento de verminose ao destino inadequado dos dejetos). No que diz respeito aos cuidados com a puérpera, foi considerada primeiramente a alimentação ("Quais os alimentos e atividades proibidas para a mulher que deu à luz?"). Foi considerada resposta muito desfavorável aquela envolvendo a sonegação à puérpera de alimentos de elevado valor nutricional (carne, leite, ovos, peixe); desfavorável, quando envolvendo alguns hidratos de carbono ou alimentos industrializados e, portanto, pouco acessíveis; indiferente, quando envolvendo um ou dois alimentos de valor alimentar relativamente pequeno (ex. apenas mamão ou melancia); favorável, quando envolvendo apenas certas formas de preparo ou estado de conservação (ex: alimentos condimentados ou "dormidos") e muito favorável quando não impunha qualquer restrição alimentar à puérpera. No relativo a atividades, foi considerada muito desfavorável a proibição do banho à gestante; desfavorável, a proibição de deambulação; indiferente, a proibição de pequenas atividades domésticas; favorável, a proibição de atividades domésticas pesadas (carregar peso) e muito favorável a proibição de atividades agrícolas (trabalho na roça). Esta classificação se prende ao fato de certos aspectos de tabus existentes na região representarem, por assim dizer, um direito social da puérpera e, embora não respaldados em maior rigor científico, serem de manutenção aparentemente benéfica.

Dentro dos critérios utilizados para a quantificação da informação em relação à saúde, a nota "score" máxima de 20 pontos seria obtida por um informante que demonstrasse conhecimento da necessidade de lavagem das mãos antes das refeições, caracterizasse os principais alimentos proteicos e vitamínicos obtíveis na região como de importância para a saúde, não identificasse alimentos nocivos à saúde, relacionasse a etiologia das verminoses à disposição inadequada de dejetos; a do tétano

umbilical à contaminação do umbigo da criança; a da malária ao mosquito transmissor e a da desnutrição à insuficiência alimentar na infância. Com relação à puérpera, não deveria identificar alimentos nocivos e apontar como atividades maléficas aquele estado os trabalhos rurais. Num outro extremo obteria a meta ("score") mínima de 4 pontos um informante que apontasse como benéficos à saúde apenas cuidados de limpeza do vestuário ou doméstica; apontasse como alimentos melhores à saúde aqueles de difícil obtenção na região e pouco nutritivos (ex: doces) e como maléficos, alimentos acessíveis e de alto valor nutritivo (ex: peixe e carne de porco). Quanto à etiologia das verminoses, deveria apontar tal informante, por exemplo, alimentos acessíveis na região e de alto valor nutritivo (peixe, ovos); quanto à do tétano a falta de manipulação umbilical com práticas populares (teia de aranha, fumo etc.); no relativo à malária, deveria ser incriminada por exemplo, a borrifação de inseticida no domicílio; quanto à desnutrição, esperar-se-ia, neste caso, que a etiologia apontada envolvesse alimentos essenciais à infância (ex: leite e ovos). Com respeito aos alimentos proibidos à puérpera, estariam enumerados alimentos acessíveis na região e de alto valor nutritivo (peixe, ovos, carne etc.) e quanto aos cuidados no puerpério, a proscrição do banho seria uma resposta compatível com esta nota mínima.

QUALIDADE DA HABITAÇÃO

Ao invés de encarar a qualidade da habitação face a um padrão fixo, optamos por uma avaliação com certo grau de subjetividade, que, no entanto, expressasse modificações nos fatores avaliados, não somente diante do conhecimento científico corrente, no domínio do pessoal de saúde trabalhando na área, mas também face a uma nosologia já observada na região por intermédio da experiência anterior (já com 4 anos, por ocasião do primeiro inquérito) na Unidade Mista de Porto Nacional. Nessa nosologia predominavam as doenças de veiculação hídrica e alimentar, a desnutrição e algumas endemias, como a malária, as verminoses, tuberculose e hanseníase, e uma perspectiva de que pudesse vir a assumir certa importância a doença de Chagas.

Na constituição da nota ("Score") relativa à qualidade da habitação, foi atribuído peso 3 para os itens água e destino dos dejetos, em virtude de considerar-se a extrema importância das doenças de veiculação hídrica e alimentar. A seguir, a

tribuiu-se peso 2 para a condição das paredes da habitação e a presença ou ausência de filtro no primeiro caso, devido à importância de certos tipos de parede (barro e eventualmente adobe mal conservado) na disseminação da doença de Chagas, por se constituírem em criadouros de barbeiros, e no segundo devido à importância do filtro não propriamente na profilaxia das doenças de veiculação hídrica, mas como um indicador de certo cuidado com a água de consumo humano. Finalmente, às condições do teto da habitação e da disposição de lixo foi atribuído peso 1, por se considerar que, embora esses dois aspectos possam ter influência na saúde dos moradores, nas condições climáticas e nosológicas existentes em Porto Nacional tal influência não seria senão indireta, estando estes dois fatores mais relacionados ao conforto do que diretamente à saúde.

No referente à disposição de dejetos, atribuiu-se 1 ponto à ausência do equipamento (fossa) e três pontos à sua presença. No referente à captação de água, atribuiu-se 1 ponto para as fontes consideradas inseguras (cacimba, ribeirão e rio); 2 pontos para aquelas fontes de segurança intermediária (fonte) e 3 pontos para a origem considerada segura para as condições locais (poço com ou sem encanamento), o que traduz a considerável relatividade do juízo, face às condições vigentes nas comunidades com as quais se trabalhou.

No relativo às condições das paredes, atribuiu-se 1 ponto para aquelas consideradas mais precárias ou sujeitas à ocupação pelo barbeiro (barro, palha, pau-a-pique ou ausente); 2 pontos às aquelas de segurança intermediária (adobe) e 3 pontos ao melhor tipo encontrado na região (alvenaria). No referente ao teto, atribuiu-se 1 ponto para o de palha e 3 pontos para o de telhas. Quanto à disposição do lixo, considerou-se como 1 ponto a disposição inadequada (exposto), 2 pontos à queima, por permitir a permanência de algum resíduo orgânico eventualmente deteriorável, embora remotamente danoso à saúde e, finalmente, 3 pontos para o caso de enterramento de lixo. O sistema de valores adotados admitia assim um máximo de 36 pontos para uma habitação que tivesse fossa, poço, paredes de tijolos, filtro, fosse coberta por telhas e dispusesse do seu lixo por enterramento, o que não seria uma habitação ideal senão nos estritos limites da realidade rural do Norte de Goiás. Por outro lado, o valor mínimo de 12 pontos seria atri -

buído a uma habitação onde os dejetos fosse dispostos em superfície; se abastecesse de água no rio, ribeirão ou cacimba; tivesse paredes de palha, barreadas, de pau-a-pique ou ausentes; não possuísse filtro; tivesse telhado de palha e mantivesse o lixo exposto.

V. RESULTADOS

Analisaremos os resultados dos inquéritos aplicados em duas fases. Numa primeira, estudaremos o grau de similitude entre as comunidades ao inquérito "antes", a seguir as modificações observadas nas comunidades (comparação "antes" e "depois"). Agregamos a essa análise considerações a respeito da adequação da comunidade da Silvianópolis como testemunho, dentro do modelo proposto.

COMPARAÇÃO ENTRE AS COMUNIDADES "ANTES"

1. ASPECTOS ECONÔMICOS

Dos inquéritos realizados, foi possível isolar oito variáveis escolhidas como mensuradoras dos aspectos econômicos das comunidades estudadas:

1.1 Propriedade da Terra (PROPTERR)* - Tabela 6.

Ao considerar esta variável, buscando uma visão mais sintética, somamos os valores "proprietário" e "agregado", sob o título "sem vínculo empregatício". Essa soma se prende ao fato de na região, não serem comuns os títulos de propriedade. Assim, a diferença efetiva entre agregado e proprietário baseia-se por assim dizer numa noção subjetiva de propriedade ou empréstimo da terra, não havendo em ambos os casos qualquer vínculo empregatício relacionado à atividade agrária. Fomos impulsionados a realizar essa agregação ao percebermos que alguns ocupantes haviam declarado inicialmente uma das condições, e no inquérito "depois" declarado a outra, mostrando a possibilidade de confusão a respeito. Situação distinta é a encontrada para os valores "empreiteiro" e "meeiro", que foram somados sob o título de "com vínculo empregatício", já que esses dois grupos mantêm um certo tipo de relação de emprego com o "dono da terra". Assim examinada, encontramos para esta variável um elevado grau de similitude entre as comunidades estudadas. Entre 76,2% (Canela) e 94,8% (Ipoeiras), todas as comunidades exibiam uma elevada proporção do que poderíamos chamar de exploração independente da terra. Especialmente cumpre destacar a proporção em torno de 20% (à exceção de Ipoeiras com 0,0%) de trabalhadores com vínculo empregatício com o

* Adiante do título da variável ou parâmetro, figuram neste e em outros capítulos o rótulo da variável ou variáveis, utilizado no processamento dos dados. Nas tabelas correspondentes, esse mesmo rótulo aparece na coluna "variável"

"dono da terra". A comunidade testemunho exibiu uma proporção ainda maior (92,4%) de famílias sem vínculo empregatício.

1.2 Propriedade da Habitação (PROPHAB) - Tabela 7

Esta variável também exibiu uma grande similitude entre as comunidades estudadas. Acima de 80% das habitações pertenciam à família moradora. Destacamos especialmente a pequeníssima expressão do aluguel como habito econômico nessas localidades (apenas 1 caso em Canela e dois em Silvanópolis). Destaca-se, por outro lado o número de habitações cedidas (entre 10,4 e 17,4%), atestando o elevado espírito de solidariedade existente nos povoados. A comunidade testemunho exibiu padrões semelhantes às restantes no referente a este aspecto.

1.3 Número de Cômodos (NRCOMODS) - Tabela 8.

Ao tentarmos dimensionar a habitação (ao que entendemos, indiretamente, um sinal de riqueza), verificamos ainda aqui uma certa uniformidade no número de habitantes por cômodo, de um mínimo de 1,21 em Taquaruçu a 1,44 em Canela, sendo para o conjunto das comunidades de 1,27. A comunidade testemunho exibiu uma proporção de habitantes por cômodo ligeiramente inferior (1,15).

1.4 Número de Quartos (NRQARTOS) - Tabela 9.

Esta variável, complementar à anterior, mostrou ainda uma razoável uniformidade - em torno de 2,5 a 3,0 habitantes por quarto, tendo como extremos Taquaruçu, com 2,58, e Ipoeiras, com 3,08. Neste caso a comunidade testemunho exibiu uma taxa de habitantes por quarto mais elevada do que todas as outras comunidades (3,14). Entre 40 e 50% dos cômodos serviam como dormitórios, com extremos de 40,21 em Ipoeiras e 54,21 em Canela. Novamente, quanto a este aspecto Silvanópolis exibiu padrões baixos (36,75).

Uma medida mais precisa do conforto da habitação seria a dimensão da área útil por habitante. Embora estivesse prevista no questionário, os dados colhidos não se mostraram consistentes (testada a consistência pela comparação dos questionários "antes" e "depois"). Este fato nos levou a concluir que, embora os auxiliares de saneamento da Unidade Mista tenham bastante habilidade para dimensionar à primeira vista um domícilio ou terreno, tal habilitação não pôde ser desenvolvida pelos atendentes rurais no curto aprendizado a que foram submetitidos. Por este motivo, este último parâmetro não foi apurado.

1.5 Dependentes de Atividades Agrícolas (DEPATAG) - Tabela 10

Esta variável foi aferida levando em conta o número de pessoas nas famílias em que nenhum dos membros exercia qualquer atividade senão aquelas relativas à agricultura, entendida aqui como abrangendo a agricultura propriamente dita, a pecuária e a atividade extrativa (especialmente babaçu). Verificamos que, quanto a esta variável, as comunidades oscilaram entre um mínimo de 65,0% (Ipoeiras) a um máximo de 78,4% (Taquaruçu). Esta variável, que poderíamos considerar como o grau de "ruralidade" dos vilarejos, exibiu valores próximos, embora nos limites inferiores, para o caso de Silvanópolis (65,4%).

1.6 População Economicamente Ativa (POPECATV) - Ta- bela 11.

Esta variável foi aferida ao se considerar a presença de pessoas, não importando a idade, que habitualmente se ocupavam com atividade produtiva. Não inclui a colaboração eventual de escolares na colheita, por exemplo. De forma geral, verificamos também razoável uniformidade quanto a esta variável, de um mínimo de 25,1% para Taquaruçu para um máximo de 28,6% em Canela. A comunidade testemunho exibiu uma proporção um tanto mais baixa - 20,7%.

1.7 Produção de Arroz (PRODARRZ) - Tabela 12.

Não sendo fácil dimensionar a produção agrícola das populações estudadas, já que as mesmas vivem em economia de subsistência e produzem pequenas quantidades de um número relativamente grande de produtos, entendemos que a produção de arroz e a posse de bovinos, a seguir analisada, seriam uma aproximação aceitável da renda dessas populações, já que são as atividades econômicas de eleição no norte de Goiás. No referente a esta cultura em particular, verificamos que entre 65,5% (Canela) e 79,1% (Taquaruçu) das famílias cultivavam esse cereal em alguma proporção. Por sua vez, a mediana da produção anual ia de um mínimo de 12 sacos (Canela) a 20 sacos (Ipoeiras); portanto, uma produção não muito acima do nível de consumo. A proporção de produtores na comunidade testemunho era aparentemente mais baixa (32,4%), embora a mediana estivesse em níveis semelhantes às comunidades em estudo (20 sacos). (figs. 21, 22 e 23).

1.8 Dimensão do Rebanho Bovino (BOVINOS) - Tabela 13

Como já comentamos, devido ao pequeno dinamismo dos rebanhos na região, consideramos que o único dado obtível

com segurança seria a dimensão bruta do rebanho, que por aquela razão não é um indicador senão remota na renda da família, na impossibilidade de dados mais acurados a exemplo da taxa de desfrute. O percentual de famílias que possuíam bovinos variou de um mínimo de 31,0% em Canela, a 46,3% em Taquaraçu. A mediana de cabeças por família oscilou entre 8 em Taquaraçu e 38 em Ipoeiras. A comunidade testemunho apresentava uma proporção pouco mais elevada de criadores (48,6%) e mediana dentro dos padrões das comunidades estudadas (18 cabeças por família). (fig. 24, 25 e 26).

2. ASPECTOS SOCIAIS

Os dados colhidos dos questionários permitem-nos delinear algumas variáveis ou conjuntos de variáveis que traduzem aspectos relevantes da realidade social das comunidades estudadas:

2.1 Analfabetismo (ANALFABT) - Tabela 14.

Com a finalidade de analisar este aspecto, foram codificados todos os analfabetos maiores de 15 anos. O coeficiente entre esse número e a população de mais de 15 anos revelou-nos a percentagem de analfabetismo que variou de um mínimo de 16,7% em Canela a 46,9% em Ipoeiras. Verificamos assim um padrão de analfabetismo aparentemente mais acentuado em Ipoeiras (que aliás se mantém no inquérito "depois"). Destaca-se também uma proporção elevada de analfabetos em Silvanópolis ... (39,4%).

2.2 População Estudantil (POPESTD) - Tabela 15.

Ao estudarmos a proporção da população de 7 a 20 anos que frequentava a escola da comunidade, verificamos uma elevada proporção engajada em atividades escolares, de um mínimo de 86,7% em Taquaraçu a 95,6% em Canela. A comunidade testemunho exibiu padrões semelhantes (81,9%).

2.3 Escolaridade do Chefe da Família (EDCHEFE) - Tabela 16.

Esta variável vem apontar uma ocorrência de analfabetismo entre os chefes de família de um mínimo de 20,7% em Canela a 43,5% em Ipoeiras. Há um certo paralelo entre o encontro de 54,8% de chefes de família analfabetos em Silvanópolis e os dados referentes à variável ANALFABT. A mediana da escolaridade foi de um ano para todas as localidades, à exceção de Silvanópolis, onde foi zero, indicando uma similitude das comunidades também quanto a este particular.

2.4 Local de Nascimento do Chefe da Família (LNASCHEF) - Tabela 17,

Esta, é a variável que a segue (PROCCHIEF) buscavam determinar a origem das populações das comunidades estudadas. Verificamos que, à exceção de Taquaruçu, as comunidades eram constituídas de uma pequena proporção de nascidos no local, de 8,7% em Ipoeiras e 20,7% em Canela. Em outros pontos do norte de Goiás, nasceram entre 13,4% em Taquaruçu e 82,6% em Ipoeiras. No Nordeste, nasceram de 8,7% para Ipoeiras a 86,6% para Taquaruçu. A primeira impressão seria de que as comunidades seriam substancialmente diferentes quanto a este aspecto, já que Ipoeiras seria uma comunidade predominantemente de norte-goianos, Canela o seria menos e, finalmente, Taquaruçu seria um vilarejo onde os chefes de família nasceram predominantemente no Nordeste. Teremos, adiante, a oportunidade de questionar a importância dessa diferença. Finalmente, ressalta a proporção extremamente baixa de naturais de outras Regiões (principalmente sul de Goiás e Região Norte-Pará) - a penas 2 chefes de família em Canela.

2.5 Procedência do Chefe de Família (PROCCHIEF) - Tabela 18.

Os dados fornecidos por esta variável complementam os proporcionados pela anterior. Verificamos aqui, em relação à anterior, um aumento da participação do Norte de Goiás em detrimento da do Nordeste. Chegamos à conclusão que uma parte dos nascidos no Nordeste residiram em outra localidade do Norte de Goiás, antes de se dirigirem à comunidade estudada. Em pequeníssima proporção (3 casos em Taquaruçu) tal estágio intermediário ocorreu em outras regiões - geralmente sul de Goiás e região Norte. Ainda quanto a este aspecto, poderíamos dizer que Taquaruçu é a mais nordestina das comunidades estudadas, embora o seja bem menos do que quando considerada a variável anterior (de 86,6% para 56,7% de nordestinos). Também no caso desta variável, é necessário considerar criticamente a diferença essencial entre nordestinos e nortegoianos, o que será feito no Capítulo "Discussão".

2.6 Meios de Informação (MEIOINFR) - Tabela 19

Esta variável visava a aferir a forma de contato da comunidade com o mundo exterior. Podemos entender que há duas formas polares, o contato por intermédio de "pessoas que viajam" e aquele habitualmente feito através do rádio. A primeira seria a forma tradicional de comunicação e a segunda, por assim

dizer, uma forma moderna. Entre ambas ficaria o contato por intermédio de pessoas que lêem notícias, aliás apontado em apenas dois casos. Ao compararmos as comunidades entre si, verificamos que Taquaruçu exibe um padrão mais tradicional do que as outras comunidades estudadas (92,2% dos entrevistados sabem de notícias por intermédio de pessoas que viajam, contra 61,5 e 69,6%, respectivamente, para Canela e Ipoeiras). A comunidade testemunho, por sua vez, exibe padrões mais modernos (61,2% sabem de notícias pelo rádio).

2.7 Propriedade de Rádio (PROPRADIO) - Tabela 20.

Ao estudarmos esta variável verificamos que a mesma assume valores que vão de 19,0% da população possuindo rádio em Ipoeiras a um máximo de 30,8% em Canela. Se compararmos a utilização do rádio como instrumento de captação de notícias (confronto das tabelas 19 e 20), verificamos que a posse do rádio acompanha sua utilização na captação de notícias em Canela; tal não ocorre, entretanto, em Taquaruçu, onde há uma proporção maior de pessoas que possuem rádio (22,7%) do que aquelas que o utilizam como instrumento de captação de notícias (7,8%), levando a se concluir pela utilização preferencial do rádio nesta última comunidade como instrumento de lazer. Em Ipoeiras parece se esboçar uma tendência contrária, ou seja, a proporção daqueles que utilizam o rádio para obter notícias é discretamente superior à dos possuidores do aparelho, fazendo supor a utilização de aparelhos dos vizinhos ou ainda a divulgação verbal secundária de notícias ouvidas no rádio.

2.8 Tempo de Residência no Local (FIXRLAA e POPRES10) - Tabela 21.

Este parâmetro é resultante da observação conjunta de duas variáveis: População que fixou Residência no Local no Ano Anterior e População Residente no Local há 10 ou mais anos, diante do total da população. Verificamos primeiramente que a população das localidades se renovou em relação ao ano anterior, de um mínimo de zero no caso de Ipoeiras até 8,4% no caso de Canela (4,2% para o conjunto das comunidades). A nível da comunidade testemunho essa renovação foi de 9,7%. O componente populacional estável (residentes há 10 anos e mais) variou de um mínimo de 29,2% em Ipoeiras até 38,3% em Canela. A comunidade testemunho, embora exibisse uma proporção de renovação no ano anterior não muito distante das demais (9,7%), possuía uma população estável (10 anos e mais) aparentemente menor (11,7%). O padrão de uma renovação populacional elevada é, no entanto, comum a todas as comunidades.

2.9 Motivo da Procura do Local (MOTPRLC) - Tabela 22

À exceção da relativamente pequena proporção de nascidos no local, a proximidade de parentes, escola e emprego (aqui num sentido muito lato - de atividade econômica) foram as razões mais frequentemente alegadas para a procura do local. Especialmente em Taquaruçu a proximidade de parentes foi alegada como um fator importante na procura do local, ao passo que em Ipoeiras a demanda por escola para os filhos e emprego foram as razões predominantes. Especialmente em Ipoeiras e na comunidade testemunho a escola foi apontada como um fator importante na busca do local. Importante notar que o posto de saúde praticamente não foi apontado como razão de atração das famílias para o local.

2.10 Mobilidade Populacional (MOBPOP e MOTMOB) - Tabela 23 e 24.

Este parâmetro identifica aquelas pessoas que deixaram o local, mas cujas famílias permaneceram residindo na comunidade. Não dimensiona, portanto, aquelas famílias que deixaram o local como um todo. O número destas entre os dois inquéritos pode ser apreciado na tabela 4 ("participaram apenas de um inquérito", coluna "antes") e girou em torno de 30% das famílias e a respeito das quais não apuramos outras informações.

A proporção de pessoas que deixaram a comunidade mas cujas famílias permaneceram, oscilou entre 2,6% para Canela a 3,3% em Taquaruçu. Não foi observado esse tipo de mobilidade no caso de Ipoeiras e a comunidade testemunho exibiu padrões semelhantes às estudadas (1,1%). Ao buscarmos a causa dessa mobilidade (Tabela 24), verificamos que esta foi alegada em termos da busca de emprego e escola, predominando a última em Canela e a primeira em Taquaruçu. Essa variável não foi obviamente colhida para o caso de Ipoeiras. Note-se que as causas foram apuradas para apenas uma pequena proporção (menos da metade) das pessoas que deixaram o local.

2.11 Expectativa de Permanência no Local (NVASPENT e MTVASPET) - Tabelas 25 e 26.

Este parâmetro foi idealizado com o sentido de aqui latar a perspectiva de estabilidade dos assentamentos populacionais representados pelas três comunidades estudadas e pela comunidade testemunho. Resulta da análise de duas variáveis: a primeira, o número de entrevistados que declarou desejar permanecer ou não no local (Desejo de Continuar Residindo no

Local), e a segunda, Motivo de Desejar ou não Continuar no Local, que apurou os motivos declarados para aquela atitude. O desejo dos entrevistados permanecerem no local foi maior em Ipoeiras (87,0%) e o menor em Canela (37,9%), estando em torno de 70% para o conjunto das comunidades estudadas, dado semelhante ao da comunidade testemunho (78,6%). Ao estudarmos as razões da permanência ou o desejo do abandono do local (tabela 26), constatamos que o pouco definido "gosto pelo ambiente" liderou as respostas, seguido de "escola" e "emprego". Da mesma forma que no caso da variável Motivo de Procura do Local (item 2.9), os recursos de saúde foram pouquíssimas vezes apontados como razão para permanência ou abandono dos povoados.

2.12 Periodicidade de Viagem (PRVIAGEM) - Tabela 27.

Esta variável, medida da abertura da comunidade para o meio exterior, foi avaliada pela frequência que o entrevistado declarava sair da localidade (na tabela, número de viagens ao ano). Verificamos que, de forma geral, a mediana esteve entre 1 e 2 viagens ao ano. Esse padrão foi, no entanto, bastante diferente no caso da comunidade testemunho de Silvanópolis (12 viagens ao ano). Certamente essa distinção deu-se em virtude desta última localidade se achar à margem da rodovia de acesso preferencial entre dois municípios (Porto Nacional e Natividade) e dispor de ônibus diário, ao contrário das outras comunidades estudadas. Outro aspecto de interesse foi a caracterização de um padrão bimodal na periodicidade de viagens (à exceção de Ipoeiras) como pode ser apreciado das figuras de 27 a 34, com um pico mensal e outro semestral ou anual. Este fato pode dever-se a um estereótipo de resposta "todo o mês", "todo o semestre" ou "todo o ano", mas pelo menos em parte deve ser explicado pelas duas funções básicas da viagem para a comunidade: o contato econômico com o restante da região e o contato social ou cultural representado por festas religiosas ou visitas esporádicas a familiares. A comunidade testemunho, possivelmente dada a sua disponibilidade de transporte, foge a esse padrão bimodal (figura 34).

2.13 Hábitos Relacionados ao Fumo (FUMAM, MASCAM e CHEIRAM) - Tabelas 28, 29 e 30.

Ao estudarmos a prevalência dos hábitos relacionados ao fumo (fumar, mascar e aspirar), verificamos que as comunidades estudadas apresentavam padrão bastante semelhante: um mínimo de 34,2% da população adulta (maior de 15 anos) em Taquarugua a um máximo de 56,3% em Ipoeiras, no que diz respeito ao fumo propriamente dito. Quanto ao hábito de mascar, também em

Taquaruçu se registrava um mínimo (11,6%) e o máximo em Canela (26,2%). No relativo ao hábito de aspirar fumo (rapê), a população adulta em Ipoeiras o exibia em proporções mínimas para o conjunto (12,5%), e a de Taquaruçu, numa proporção máxima de 30,5%. A comunidade testemunho de Silvanópolis exibia padrões relativos ao hábito de fumar muito assemelhados ao das comunidades estudadas (48,0%). No entanto, no relativo ao aspirar e mascar fumo, apresentava esses hábitos em níveis muito inferiores (respectivamente 6,0 e 5,2%). Quanto a esse aspecto, possivelmente Silvanópolis possa ser considerada como exibindo padrões mais "modernos", conforme comentaremos ao estudar as diferenças antes/depois.

2.14 Uso do Quintal (USQINTAL) - Tabela 31.

Esta variável poderia ser agrupada com aquelas referentes aos aspectos econômicos pela potencialidade produtiva do terreno adjacente à casa (às vezes utilizado como roça) e nos aspectos relativos à saúde, dado o correlacionamento de sua utilização com os aspectos nutricionais. No entanto, optamos por agrupá-la neste elenco de variáveis sociais ao considerar os aspectos culturais envolvidos no tipo de utilização do quintal. Dentro do modelo de investigação proposto, comporta-se como variável dependente quando encaramos as modificações na utilização do quintal (plantio ou não de horta) sob o estímulo da atividade educacional da atendente rural. Ao agruparmos as categorias que esta variável podia assumir, destacamos a criação de galinhas, por sua frequência nas comunidades estudadas; a seguir um amplo grupo, incluindo horta isolada ou juntamente com qualquer dos outros usos do quintal, tendo em vista especificamente apreciar as alterações antes/depois; a seguir grupamos todos os outros usos (principalmente o cultivo de fruteiras e roça)e, finalmente, a não utilização desse espaço peridomiciliar. Verificamos que em todas as comunidades havia o hábito da utilização produtiva do quintal, pela baixa ocorrência da resposta "inaproveitado". O uso mais frequente foi o da criação de galinhas (100% em Taquaruçu e 89,7% em Canela) e "outros" em Ipoeiras (70,0%). A comunidade testemunho exibiu um padrão mais próximo do de Ipoeiras, não havendo criação de galinhas e muito poucas hortas.

3. ASPECTOS RELATIVOS À SAÚDE

Além das variáveis até aqui mencionadas, obtidas da codificação e do processamento eletrônico dos dados, retiramos manualmente dos questionários dados de população com os quais

iniciaremos os comentários relativos à saúde das comunidades.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E INDICADORES DE SAÚDE

3.1 Aspectos Demográficos

O pequeno porte das comunidades estudadas levou à limitação de um melhor estudo demográfico, reduzindo pelos pequenos números, as perspectivas de utilização dos índices e coeficientes mais habituais. Essa limitação é realçada ao estudo das pirâmides populacionais (Figuras de 12 a 20). Aparentemente, examinando o conjunto das populações ou cada uma delas isoladamente, pode-se suspeitar de uma evasão importante do grupo de 15 a 30 anos, especialmente do sexo feminino. Este fato se acha relacionado ao costume da região de se enviarem os filhos, principalmente moças, à cidade com a finalidade de, ao mesmo tempo, estudarem e executarem serviços domésticos nas casas que as acolhem. Tal fenômeno aparentemente se acentua e se uniformiza para ambos os sexos no caso da comunidade de Silvanópolis, possivelmente depletada de seus adultos jovens devido à proximidade com a estrada de certo movimento.

3.2 Natalidade - Tabela 32.

Este indicador exibiu oscilações certamente em função dos pequenos números envolvidos. Ao examiná-lo para o conjunto das comunidades, entretanto, especialmente atentando para a estabilidade antes/depois, talvez se possa supô-lo em torno de 30,0 por mil habitantes.

3.3 Fertilidade - Tabela 32.

Vale neste caso o mesmo comentário feito com relação ao item anterior. Talvez se pudesse aceitar este indicador para o conjunto das comunidades como em torno de 16 nascimentos por 100 mulheres em idade fértil.

3.4 Mortalidade Geral - Tabela 32.

A ocorrência de óbitos foi tão baixa no período estudado, mesmo tomado o conjunto das comunidades, que não seria lícito fazer qualquer inferência quanto à intensidade do fenômeno nas comunidades estudadas. Não se trata, provavelmente, de subnotificação já que se argüia sobre o número de óbitos em residentes no domicílio pesquisado, independentemente se o óbito ocorreu ou não no local.

3.5 Mortalidade Infantil - Tabela 32.

Da mesma forma que o anterior, face aos pequenos números trabalhados, o dado observado, mesmo para o conjunto das comunidades, não apresenta qualquer consistência.

3.6 Natimortalidade - Tabela 32

Com relação a este indicador, embora de fato se possam fazer comentários idênticos aos dos dois itens anteriores, em se tratando da mesma forma, de pequenos números, ressalta a possibilidade de que o fenômeno (natimortalidade) possa estar ocorrendo com frequência muito elevada. Somente o seguimento de uma série de anos poderia esclarecer a dúvida levantada pelos valores encontrados.

3.7 Idade do Desmame (IDADESMM) - Tabela 33 e Figs. 35 a 37.

Embora esta variável não possa ser considerada propriamente como um indicador de saúde, podendo talvez ser melhor localizada entre os parâmetros sociais, consideramos conveniente mantê-la junto ao elenco de parâmetros relacionados à saúde devido ao fato de ter havido o temor de que a intervenção representada pela operação dos postos rurais pudesse vir a afetar alguns comportamentos positivos das comunidades, entre estes incluída a duração do aleitamento.

Verificamos certa uniformidade de comportamento das diversas comunidades com relação a esta variável, o que podemos apreciar melhor ao observarmos que a mediana, em todos os casos, inclusive para a comunidade testemunho, se manteve na categoria entre 6 meses e 1 ano. Ao examinarmos as variações antes/depois, teceremos mais comentários sobre esta variável.

PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Este aspecto do comportamento das comunidades em relação à saúde foi estudado a partir do tipo de recurso de saúde utilizado pelas gestantes e pela população em geral. A distinção entre esses dois grupos foi motivada pelo fato de o estado fisiológico representado pela gestação não gerar uma demanda semelhante àquela da população em geral. Mesmo o representante do sistema informal de saúde que atende à gestante em suas necessidades (parteira curiosa) é distinto daquele que atende à população em geral (benzador, rezador, curandeiro).

3.8 Utilização de Serviços pelas Gestantes (RECSAUGE)- Tabela 34.

O estudo desta variável revelou-nos que aquela comunidade que já possuía posto de saúde, ainda que operando apenas com visitação periódica, mostrava já uma utilização desse recurso a nível de 1/4 das gestantes existentes no período. Ressalta, entretanto, a elevada proporção de gestantes que nesse período não utiliza

va qualquer serviço de pré-natal, entre 41,7% em Canela e 66,7% em Ipoeiras, bem como a elevada proporção de gestantes que buscavam a sede do município, o que, diante das dificuldades de transporte mencionadas, revela um interesse relativamente grande nas comunidades pela saúde da gestante. A comunidade testemunho, no que pese o pequeno número de gestantes em jogo, utilizou proporcionalmente muito mais os serviços da sede do município.

3.9 Utilização de Serviços pela População em Geral (RECSAUPP) - Tabela 35.

Também neste caso notamos a importância dos serviços de saúde da sede do município respondendo por um mínimo de 56,5% (Ipoeiras) e 90,9% (Taquaruçu) das preferências, no caso da população em geral. "Outro local" e "Outro Fora" também importantes à exceção de Taquaruçu, se computados em conjunto respondiam por cerca de 20% das preferências. Representam os curandeiros, benzedores e rezadores que o questionário preferiu abordar de forma velada ("A quem recorre quando uma pessoa da família está doente?", dando a opção "pessoas amigas") evitando constrangimento na indicação do curandeiro ou rezador. Como já mencionado no item anterior, se levarmos em conta as grandes dificuldades de transporte, poderemos concluir que as comunidades já exibiam uma acentuada disposição para a procura do sistema científico de atenção à saúde, o que, aliás, se entende pela tradição de serviços de saúde estáveis e gratuitos na sede do município, já havia 16 anos à época do primeiro inquérito. Pela mesma provável razão que para a variável anterior, a comunidade testemunho também dava preferência aos serviços da sede do município.

3.10 Vacinações (VATGEST, VAVCR, VTRIPCR, VSABINCR, VAVAD, VATAD) - Tabelas 36 a 41.

Este aspecto foi avaliado a partir de anotação conforme se pode apreciar na primeira folha do questionário (Anexo H1) para crianças e adultos e a partir das anotações pertinentes às gestantes, no item Saúde (Anexo H2). Foi considerada apenas válida a vacinação quando completa ou face à presença de marca, no caso de varíola. Evidentemente, em se tratando de informações colhidas a partir da declaração dos informantes, ainda que se tivesse muito cuidado em aferir corretamente essas informações, há sempre um grau de inexatidão envolvido. Ao comparar as comunidades quanto a este conjunto de variáveis, verificamos que entre 25,0 (Canela e Ipoeiras) e 33,3% (Taquaruçu) das

gestantes se achavam vacinadas contra o tétano. No tocante às crianças (menores de 5 anos), a percentagem de vacinadas contra a varíola variava de um mínimo de 35,0% em Canela a 84,6% em Ipoeiras - 46,9% para o conjunto das comunidades e 7,8% para a comunidade testemunho. Com relação à vacinação tríplice em crianças, de um mínimo de zero em Canela e Ipoeiras a 10,0% em Taquaruçu, sendo de 6,1% para o conjunto das comunidades e de 13,0% para a comunidade testemunho. No referente à vacinação Sabin, da mesma forma detectamos zero imunizações em Canela e Ipoeiras, 10,0% em Taquaruçu e 14,8% na comunidade testemunho. Quanto às vacinações em adultos (entendida para este efeito aquela população de maiores de 5 anos) observamos uma elevada percentagem de vacinados contra a varíola (de 78,8% em Taquaruçu a 99,1% em Ipoeiras, sendo de 43,9% em Silvanópolis). Lembramos, neste caso, a campanha nacional de vacinação antivariólica, que atingiu a região no ano de 1968 com elevada cobertura. Relativamente à vacinação anti-tetânica, que nos programas da Unidade Mista, na sede do Município era feita apenas eventualmente em adultos, observamos uma cobertura que vai de 5,4% em Canela a 14,0% em Taquaruçu, sendo de 7,6% na comunidade testemunho.

Em resumo, verificamos que as comunidades trabalhadas, bem como a comunidade testemunho, apresentavam índices baixos de imunização de gestantes; moderados de vacinação antivariólica em crianças (baixos na comunidade testemunho); baixos de vacinação tríplice (também na comunidade testemunho); baixos de vacinação Sabin em crianças; elevados de vacinação antivariólica em adultos (moderados na comunidade testemunho) e baixos de vacinação antitetânica em adultos (também na comunidade testemunho).

SANEAMENTO DO MEIO E QUALIDADE DA HABITAÇÃO

3.11 Destino dos Dejetos (DEJETOS 2) - Tabela 42.

Quanto a este aspecto, as comunidades estudadas dispunham os dejetos humanos, em elevada proporção, na superfície. Assim, de um mínimo de 86,2% em Canela a 95,7% em Ipoeiras, era essa a solução encontrada. A comunidade testemunho exibiu ausência de fossa em apenas 46,7% de seus domicílios.

3.12 Origem da Água de Abastecimento (ÁGUA 2) - Tabela 43.

No relativo a este aspecto, foram considerados três tipos de origem: - rio ou cacimba, quando a coleta era feita em cursos d'água de variável porte ou em escavações rasas com afloramento do lençol freático a menos de 50 cm de profundidade; - no caso da fonte, verificava-se o uso de água de segurança mediana, já que a colheita era feita em razoáveis condições

de higiene e a água, corrente; finalmente o poço foi considerado como solução "ideal" para o caso das comunidades trabalhadas, devido à relativa proteção das bordas elevadas e à proximidade do domicílio, proporcionando consumo mais abundante com prováveis reflexos sanitários positivos. Quanto a esta variável, um mínimo de 75,9% das habitações (Canela, sendo 100% para Taquaruçu e Ipoeiras) utilizavam água proveniente do tipo de origem menos segura (rio ou cacimba). Na comunidade testemunho, em contrapartida, 97,1% das habitações utilizavam poço, sendo que os 2,9% restantes utilizavam a fonte como origem de seu abastecimento de águas.

3.13 Qualidade das Paredes da Habitação (PAREDES) - Tabela 44.

Aqui foram distinguidas três categorias de paredes: pau-a-pique (incluindo palha e taipa, estimadas como semelhantes do ponto de vista sanitário), adobe (tijolos crus, secos ao sol, muito utilizados na região) e tijolos (comuns, cozidos). As comunidades apresentavam, como um todo, cerca de 65% das habitações construídas de adobe, sendo a proporção mais elevada em Canela (89,7%) e a menor em Taquaruçu (55,2%). A comunidade de Taquaruçu era a que apresentava maior proporção de casas de pau-a-pique ou similar (41,8%), proporção que era mínima no caso de Canela (10,3%). Em todas as comunidades o número de casas de tijolos era negligenciável. A comunidade testemunho exibía padrões semelhantes às estudadas no relativo a esta variável (82,9% de adobe e 17,1% de pau-a-pique).

3.14 Propriedade de Filtro (FILTRO) - Tabela 45.

Quanto a este equipamento, a maioria das famílias nas comunidades estudadas não o possuía. Apenas 13,8% em Canela e 4,5% em Taquaruçu, sendo que em Ipoeiras nenhuma família possuía filtro. Na comunidade testemunho, 13,3% das famílias tinham filtro.

3.15 Qualidade do Teto da Habitação (TETO) - Tabela 46.

Em linhas gerais, cerca da metade das habitações tinham teto de telhas (um mínimo de 38,8% em Taquaruçu e um máximo de 65,2% em Ipoeiras). Em Silvanópolis essa proporção era, entretanto, mais elevada (75,2%).

3.16 Destino do Lixo (LIXO) - Tabela 47.

Praticamente a totalidade das habitações das comunidades estudadas dispunha seu lixo em superfície; apenas uma fa-

mília não o fazia em Taquaruçu, queimando o lixo. Na comunidade testemunho, 17,1% das famílias queimavam o lixo e 10,5% o enterravam.

QUALIDADE DA HABITAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE AVALIADOS A PARTIR DE NOTAS ("SCORES")

3.17 Qualidade da Habitação (SCOREHAB) - Tabela 48

A contagem de pontos a respeito da qualidade da habitação (ver Metodologia) revelou um valor médio mínimo para o caso de Ipoeiras (14,78) e o máximo para Canela (17,45) sendo 15,66 para o conjunto das comunidades. A comunidade testemunho exibiu uma nota mais elevada - 25,19.

3.18 Informação sobre a Saúde (ISAÚDE1) - Tabela 49

Esta nota, avaliada a partir de escala tipo Guttman, com ponderação diferencial entre as várias variáveis componentes, oscilou de uma média máxima de 18,99 para Taquaruçu e uma mínima de 14,78 para Ipoeiras. Para o conjunto das comunidades foi de 17,41. Conforme já comentamos, não foi computada para a comunidade testemunho.

3.19 Informação sobre a Saúde 2 (ISAÚDE2) - Tabela 50

Esta nota, avaliada a partir de escala tipo Likert, sem ponderação diferencial entre as diversas variáveis componentes, assumiu valores que variavam entre (média para a comunidade) 13,07 para Ipoeiras e 11,43 em Canela, sendo para o conjunto das comunidades de 12,14. A comunidade testemunho revelou um valor médio de 14,13.

4. SÍNTESE DAS SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS COMUNIDADES ESTUDADAS

A respeito de algumas variáveis, as comunidades se mostraram particularmente assemelhadas: Propriedade de Habitação, População Estudantil (população em idade escolar matriculada na escola), Mobilidade Populacional, Idade do Desmame, Propriedade de Filtro e Informação ("antes") sobre a Saúde.

Em relação à grande maioria das variáveis, havia certas dessemelhanças que, de forma geral são consideravelmente abrandadas quando se compara o conjunto das comunidades "antes" com o conjunto das mesmas "depois", o que nos leva a pensar que possivelmente se deva essa variabilidade ao pequeno porte das populações estudadas. Estão neste grupo a Propriedade da Terra, Número de Cômodos, Número de Quartos, Dependentes de Atividades Agrícolas, População Economicamente Ativa, Produção

de Arroz, Dimensão do Rebanho Bovino, Analfabetismo, Escolaridade do Chefe da Família, Meio de Informação, Propriedade do Rádio, Tempo de Residência na Localidade, Periodicidade de Viagem, Mobilidade Populacional, Hábitos Relacionados ao Fumo, Utilização de Serviços pelas Gestantes, Utilização de Serviços pela População em Geral, Vacinação de Gestantes, de Crianças e de Adultos, Destinos dos Dejetos, Origem da Água de Abastecimento, Qualidade das Paredes da Habitação, Qualidade do Teto da Habitação, Destino do Lixo e, finalmente, a Nota relativa à Qualidade da Habitação.

Houve um terceiro grupo de variáveis que exibia aparentemente consideráveis diferenças entre as comunidades "antes". Neste grupo encontramos: o Uso do Quintal, Local de Nascimento e Procedência do Chefe da Família, o Motivo da Procura do Local e da Mobilidade Populacional (MOTMOB) e a Expectativa de Permanência no Local.

Com relação ao Uso do Quintal (Tabela 31), havia predominância da criação de galinhas em Canela e Taquaruçu enquanto que em Ipoeiras era o mesmo usado principalmente para "outros usos" (roça e plantação de fruteiras), fato que se observava também na comunidade testemunho. O ponto de semelhança entre as comunidades, entretanto, pode ser apontado na pequena proporção de quintais inaproveitados (3,4% em Canela, 0,0% em Taquaruçu, 5,0% em Ipoeiras e 8,9% em Silvanópolis).

Quanto ao Local de Nascimento e Procedência do Chefe da Família, havia a diferença marcante de que Taquaruçu seria muito mais "nordestina" do que as outras comunidades. Ao examinarmos os questionários, entretanto, verificamos que a absoluta maioria dos nordestinos eram nascidos no interior do Piauí e Maranhão, regiões que, juntamente com o Norte de Goiás, constituem complexo sócio-econômico-cultural de relativa homogeneidade, a ponto de se pretender na região a sua transformação numa nova unidade federada - o Estado do Tocantins.

Em relação ao Motivo da Procura do Local, em Ipoeiras, diferentemente das duas outras comunidades (motivo principal - proximidade de parentes), ressaltou a importância da escola e do emprego como motivo do assentamento na comunidade. A procura da escola foi também a causa predominante para o caso de Silvanópolis. Dado o caráter vago da resposta "proximidade de parentes" e especialmente a grande diferença "antes" e "depois" nas comunidades em que essa resposta era predominante (Tabela 22), parece-nos que essa diferença entre as comunidades

não seja de monta a prejudicar a inferência no sentido de acentuada similitude entre as comunidades.

Com relação ao Motivo da Mobilidade da População, o pequeno tamanho das "amostras" entrevistadas, faz com que se possa apenas localizar como escola e emprego as principais razões de procura de outras paragens, não sendo possível discriminar entre a importância de cada uma dessas razões.

Quando examinamos a variável relativa à Expectativa de Permanência no Local, verificamos que em Ipoeiras e Taquaruçu a grande maioria dos entrevistados desejava continuar residindo no local (Tabela 25), 87,0 e 79,1% respectivamente, o que também ocorria em Silvanópolis (78,6%). Em Canela, entretanto, havia uma acentuada proporção de entrevistados com ânimo de abandonar o local (62,1%). Devemos anotar, todavia, que essa expectativa se reverteu entre os inquiridos "antes" e "depois".

Trabalhou-se assim ao que entendemos, em comunidades com razoável grau de similitude. Com base nos dados analisados, podemos identificar então o que se poderia chamar de uma tipologia das comunidades trabalhadas:

De forma geral, eram comunidades pequenas (entre 120 e 338 habitantes, e na testemunho 618), distantes cerca de 60 km da sede do município, originadas em fins do século passado ou começo deste, geralmente pelo povoamento de uma propriedade rural, mais tarde consolidado pela construção de uma capela e em seguida de escola. Exibiam uma depleção de adultos jovens (entre 15 e 30 anos) especialmente do sexo feminino, muito possivelmente devido à transferência para a sede do município à procura de escola e emprego doméstico. Havia acentuada predominância da exploração de terra sem vínculo de emprego (propriedade, posse ou cessão), bem como da propriedade do imóvel residencial. Uma grande proporção da população (em torno de 70%) dependia exclusivamente de atividades agrícolas e o ônus da sobrevivência recaía sobre uma pequena parcela da população (em torno de 25%). De forma geral, tratava-se de pequenos produtores de arroz (75%) sendo que alguns (40%) possuíam pequena quantidade de gado. A grande maioria das famílias utilizava o quintal, predominantemente na criação de galinhas, roça ou plantação de árvores frutíferas. A proporção de analfabetos maiores de 15 anos girava em torno de 23% e uma elevada proporção da população de 7 a 20 anos (cerca de 90%) se encontrava

matriculada na escola rural. Os chefes-de-família, de uma forma geral tinham rudimentos escolares (mediana de escolaridade igual a 1 ano), sendo cerca de 25% analfabetos. Estes chefes de família eram nascidos e provinham em sua grande maioria do norte de Goiás ou de áreas contíguas de estados nordestinos (Maranhão e Piauí). Pouco menos da metade destes, habitaram algum tempo em outras comunidades norte-goianas antes de sedirem às comunidades estudadas. As pessoas se informavam habitualmente a respeito do mundo exterior à comunidade por intermédio de meios tradicionais (pessoas que viajam), sendo que pouco mais de 20% das famílias possuíam aparelho de rádio. Cerca de 4% da população fixaram residência no local no ano anterior, sendo que em torno de 30% viviam há mais de 10 anos no local. Os principais motivos alegados para a procura do local eram a proximidade de parentes e a busca de emprego e escola. Cerca de 2% da população, (geralmente jovens), haviam deixado as famílias em busca de estudos mais avançados (além do elementar) e emprego. Dois terços dos entrevistados revelavam pretender continuar residindo no local. Os principais motivos alegados eram o gosto pelo ambiente, a frequência à escola e a atividade produtiva. A população viajava, em geral, cada ano, havendo, entretanto, um grupo que saía mensalmente, possivelmente a negócios. Cerca de 40% dos adultos (maiores de 15 anos) fumava havendo considerável proporção de adultos que aspiravam e mascaravam fumo (cerca de 15 a 20% respectivamente). A natalidade achava-se em torno de 20 por mil e a fertilidade em torno de 16%. Os dados de mortalidade não eram passíveis de apreciação pela pequena população envolvida. O desmame se fazia tardiamente (em torno de 6 meses). Cerca de 40% das gestantes viajavam em busca de recursos de saúde na sede do município (pré-natal) e outro tanto não utilizava qualquer recurso para o pré-natal, sendo ainda que 10% se utilizavam dos incipientes postos rurais com visitas periódicas. Quando necessitados, 80% dos adultos se serviam de recursos de saúde da sede do município, sendo que cerca de 17% utilizavam curandeiros e rezadores. Cerca de 30% das gestantes estavam vacinadas contra o tétano, 47% das crianças contra a varíola e apenas 6% destas com as vacinas tríplice e Sabin. Dos adultos, 87% eram vacinados contra a varíola e 12% contra o tétano. Quanto ao destino dos dejetos 87% das habitações não possuíam fossa e, quanto à água para uso humano, em 94% dos casos provinha de fontes inseguras (rio e cacimba). Cerca de 30% das paredes das casas eram de pau-a-pique, barro ou taipa e 65% de adobe, havendo uma proporção muito pe-

quena de casas de tijolos. A grande maioria das famílias não possuía filtro (94%), os tetos das casas eram de palha em 56% dos casos, sendo o restante de telhas. O lixo era disposto em superfície.

COMPARAÇÃO ENTRE AS COMUNIDADES "ANTES" E "DEPOIS"

Dentro dos objetivos do presente trabalho, as modificações ocorridas nas comunidades entre os dois inquéritos deviam ser analisadas pelos seguintes parâmetros:

1. Modificações em indicadores de saúde
2. Modificações no padrão de utilização de serviços de saúde e cobertura de imunizações
3. Modificações no referente à informação com relação à saúde
4. Modificações na qualidade da Habitação.

A estes acrescentamos modificações em outras variáveis, não previstas no plano da pesquisa.

1. MODIFICAÇÕES EM INDICADORES DE SAÚDE

Conforme já comentado, a pequena dimensão demográfica das comunidades tornou impossível a apreciação de indicadores de saúde. Na tabela 32, para o conjunto das comunidades, podemos apreciar que aparentemente se mantiveram os coeficientes de Natalidade e de Fertilidade. Os dados de Mortalidade Geral e Infantil estão fora da realidade. Da mesma forma, embora haja a aparência de uma elevada nati-mortalidade em todas as comunidades, à exceção de Ipoeiras, não se pode ter confiança nos dados devido à pequena população estudada. Em todo caso, conforme já comentado, tais achados mereceriam um seguimento pluri-anual visando ao seu esclarecimento.

2. MODIFICAÇÕES NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Utilização de Serviços de Saúde pela Gestante (RECSAUGE) - Tabela 34,

O pequeno número de gestantes envolvidas no estudo limitou de certa forma a análise dos achados. Verificamos, no entanto, que houve uma queda acentuada, em todas as comunidades, do número de gestantes que não recebiam qualquer tipo de cuidado pré-natal (apenas 6,5% das mesmas para o conjunto das comunidades). Houve ainda, à exceção de Canela, uma queda na utilização de recursos de saúde da sede do Município (de

43,3% para 12,9% para o conjunto das comunidades). Finalmente, houve uma utilização aparentemente elevada do posto rural (80,6% para o conjunto das comunidades, tendo sido antes de 10,0% devido ao posto que havia em Canela). As gestantes da comunidade testemunho utilizavam bastante os recursos da sede do município (80,0%) proporção que não foi atingida pelas comunidades estudadas "antes", possivelmente devido à dificuldade de transportes.

2.2 Utilização de Serviços de Saúde pela População em Geral (RECSAUPP) - Tabela 35.

Houve uma queda acentuada a nível de todas as comunidades na utilização de serviços de saúde da sede do município. Para o conjunto das comunidades esses recursos que eram utilizados por 80,5% das famílias passaram a sê-lo por apenas 8,1%. Em Ipoeiras e Taquaruçu nenhuma das famílias procurava primariamente serviços de saúde da sede do município, ao que se apurou do inquérito "depois". Esse resultado foi menos absoluto no caso de Canela, onde 10 famílias permaneceram declarando que ainda procurariam os recursos da sede do município em caso de necessidade. Possivelmente se tratava de clientela do médico particular de Porto Nacional. A utilização de "outros recursos locais" ("amigos, benzedores e curandeiros") sofreu também queda acentuada em todas as comunidades (de 17,0% para 3,3%, no conjunto das comunidades), sendo absoluta em Ipoeiras e Taquaruçu e havendo uma proporção residual de 15,4% em Canela. Em consequência desses fatos, a utilização do posto rural passou a assumir papel relevante em todas as comunidades, de um mínimo de 42,3% em Canela e 100,0% em Ipoeiras e Taquaruçu (87,8% para o conjunto das comunidades). Na comunidade testemunho havia intensa utilização de recursos da sede do município (78,6%), uma utilização muito pequena do posto de saúde local (de funcionamento irregular, como comentamos) e uma certa utilização de outros recursos locais (havia, como dissemos, dois curandeiros de prestígio na comunidade).

2.3 Vacinações (VATGEST, VAVCR, VTRIPCR, VSABINCR, VAVAD, VATAD) - Tabelas de 36 a 41.

Na aplicação do inquérito foram consideradas, para efeito de análise, apenas as vacinações completadas, quando se tratava de vacina de mais de uma dose.

Vacinação de Gestantes - Malgrado o pequeno número de indivíduos, embora tenha havido um pequeno acréscimo na proporção de gestantes imunizadas em Canelas e Ipoeiras e um de -

crêscimo em Taquaruçu, podemos dizer que não houve praticamente alteração na proporção de gestantes imunizadas entre os dois inquéritos (para o conjunto das comunidades de 29,4% para 28,6%). Na comunidade testemunho a proporção de gestantes imunizadas era maior (40,7%).

Vacinação Antivariólica em Crianças - De uma forma generalizada houve decréscimo na proporção desse tipo de imunização. Para o conjunto das comunidades, caiu de 46,9% para 21,5%. Na comunidade testemunho era ainda mais baixa (7,8%).

Vacinação Tríplice em Crianças - Quanto a esta vacina, houve acréscimos nas três comunidades. Para o conjunto das comunidades foi de 6,1 para 40,9% tendo se chegado a cobertura aceitável apenas em Canela (84,0%). Na comunidade testemunho esteve abaixo de qualquer das comunidades estudadas (13,0%).

Vacinação Sabin em Crianças - Quanto a este tipo de imunizante, também houve progressos em todas as comunidades, sendo no conjunto de 6,1 para 39,8%. Da mesma forma que para a vacinação tríplice, apenas na comunidade de Canela se verificou "depois" uma cobertura compatível com os níveis desejáveis (88,0%). Na comunidade testemunho a cobertura era de 14,8%.

Vacinação Antivariólica em Adultos - Quanto a esta vacina houve decréscimo dos níveis de cobertura em todas as comunidades, no conjunto das comunidades de 86,6% para 56,4%. A localidade testemunho exibia níveis igualmente baixos (43,9%).

Vacinação Antitetânica em Adultos - No referente a este imunizante, houve melhora em todas as comunidades. No conjunto dos povoados, de 11,7 para 63,1%. No entanto, apenas Taquaruçu "depois" exibia níveis de cobertura aceitáveis (85,0%). Convém lembrar que esta não é uma vacinação prioritária, quer no programa do Posto Rural, quer no da Unidade Mista. A comunidade testemunho exibia níveis bastante baixos de cobertura por este imunizante.

Temos a comentar que o período que decorreu entre ambos os inquéritos foi caracterizado por uma grande falta de vacinas na Unidade Mista de Porto Nacional. Os resultados obtidos estiveram muito aquém das metas desejadas (80% da população dos grupos-alvo). Por outro lado, as vacinas fornecidas pela Secretaria da Saúde do Estado eram empregadas no cumprimento de metas na área mínima da sede do município, não tendo havido folga para a aplicação nos postos rurais (que estavam diretamente ligados ao Serviço de Saúde da Prefeitura Municipal).

O decréscimo na proporção de imunizados, especialmente no caso das gestantes em Taquaruçu e da vacinação antivariólica em todas as comunidades, muito provavelmente está relacionado à chegada de populações novas não imunizadas e à saída da comunidade de populações já imunizadas. Em populações com uma rotatividade de até 14,5% das famílias (Tabela 21, para o conjunto das comunidades "depois") um efeito desse tipo não deve estar fora das cogitações do administrador de saúde. Em especial o dado da proporção mais elevada de gestantes vacinadas na comunidade testemunho é compatível com o fato dessa população ter mais facilidade do que as outras de frequentar a sede do município e de fato o fazer. Como nos mostra a variável RECSAUGE (tabela 34), 80% das gestantes nessa comunidade realizavam o seu pré-natal em Porto Nacional. As proporções iniciais elevadas de vacinação antivariólica em adultos e crianças devem estar relacionadas, em parte, à campanha nacional de imunização em massa que atingiu a região em 1968. As vacinas que puderam ser aplicadas face à disponibilidade eventual exibiram certo aumento de cobertura (tríplice e Sabin em crianças e antitetânica em adultos), embora muito longe de atingir as metas desejadas.

3. MODIFICAÇÕES NO REFERENTE À INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO À SAÚDE (Tabelas 49, 50 e 52)

Quer quando consideramos as notas obtidas a partir de ponderação atribuída por juizes e orientada pela acomodação dos dados a uma escala tipo Guttman (ISAUDE1), quer quando levamos em conta aquelas notas não ponderadas atribuídas por um só examinador pautadas em critérios aprovados por um grupo de técnicos em saúde com vivência na região (ISAUDE2), verificamos que houve incremento no grau de informação com relação à saúde em todas as comunidades estudadas. Segundo ambos os critérios, os acréscimos parecem ter sido mais acentuados em Ipoeiras e Taquaruçu do que em Canela. Em relação àquela metodologia que pôde ser aplicada à comunidade testemunho, (ISAUDE2), verificamos que o grau de informação com relação à saúde desta (14,13), estava situado entre aquele do conjunto das comunidades estudadas "antes" (12,14) e o obtido "depois" (16,10), sendo ainda maior do que aquele de todas as comunidades "antes", e inclusive, do que o de Canela "depois".

Ao tentarmos aprimorar a análise do ganho nestas variáveis para as comunidades estudadas, destacamos aquelas famílias que participaram em ambos os inquéritos e aplicamos a

metodologia já mencionada de forma idêntica ao que foi feito para a variável SCOREHAB (ver pg. 82), valendo aqui todos os comentários feitos com relação àquela. As hipóteses formuladas foram (variedade monocaudal do teste de Wilcoxon):

H_0 : Não houve modificação na nota relativa à Informação com relação à Saúde entre os dois inquéritos.

H_1 : A nota relativa à Informação com Relação à Saúde foi maior no inquérito "depois" do que "antes". Em outros termos, houve aproximação dos padrões de informação com relação à saúde da comunidade em questão ao conhecimento vigente das ciências da saúde, entre o primeiro e segundo inquéritos.

O anexo I de 4 a 6 mostra os diversos passos intermediários seguidos na aplicação do teste de hipóteses para cada uma das duas variáveis em cada família, a partir das diferenças entre as notas "antes" e "depois". A Tabela 52, resume os resultados do teste. Procurou-se estabelecer o nível de significância para o qual H_0 ainda seria rejeitada. Para ambas as variáveis e para todas as comunidades, esse nível esteve abaixo de 0,5%, sendo que no caso de Taquaruçu, esteve abaixo de 0,01%, portanto, sugerindo acréscimos altamente significativos nos níveis de informação com relação à saúde nas comunidades estudadas, entre os dois inquéritos.

Além das modificações objetivas das variáveis ISAUDE 1 e 2, configuradas nas notas atribuídas, pareceu-nos oportuno um comentário sobre outros indícios de mudança no conhecimento com relação à saúde dentro do paradigma Conhecimento ^{160, 161} → Atitude → Práticas (Marcondes). Tomando exatamente a variável que a escalografia tipo Guttman mostrou ser a mais "difícil", ou seja, de modificação mais tardia - os conhecimentos relativos à alimentação e à atividade da puérpera, foi possível identificar ao exame dos questionários uma gama de mudanças, desde o entrevistado que mantinha suas convicções tradicionais ("mulher que deu à luz não pode comer peixe de couro nem tomar banho") até aquele tipo que fazia afirmações con-
dizentes com o conhecimento científico atual (do tipo: "a mulher que deu à luz pode comer de tudo e trabalhar em casa, somente evitando o trabalho de roça"). As formas intermediárias encontradas foram do tipo: "A atendente (o doutor) diz que pode comer de tudo, mas eu acho que peixe de couro faz mal"; ... "na lei nova nada faz mal, mas no meu tempo fazia" - (q. 219): " ... o médico fala que nada faz mal" (q. 235) e finalmente "... co

mo de tudo, ouvi os médicos dizerem que nada faz mal e tenho confiança" (q. 164). Também em relação a outros conhecimentos, como causas de doenças, encontramos respostas intermediárias ou mistas entre o conhecimento tradicional e o científico (Ex. como causa de malária: "mosquitos e água nova"- água recém minada).

4. MODIFICAÇÕES NA QUALIDADE DA HABITAÇÃO

4.1 Destino dos Dejetos (DEJETOS) - Tabela 42.

Verificamos que nas três comunidades estudadas houve aumentos substanciais no número de fossas. Em Canela e Taquaruçu a proporção de habitações com fossa evoluiu de 13,8 e 16,4% para 84,6 e 78,5%, respectivamente. Em Ipoeiras o acréscimo foi mais discreto (de 4,3 para 24,2%). O conjunto das comunidades teve a sua proporção de casas com fossa acrescida substancialmente de 13,4 para 65,3%. A comunidade testemunho, que, como já dissemos, era uma comunidade melhor dotada, mostrou uma proporção de habitações com fossa discretamente inferior ao conjunto das comunidades "depois". Os resultados de Ipoeiras foram menos satisfatórios do que os das outras comunidades, podendo ser explicados pela pequena disponibilidade de material para a construção de lages nessa comunidade, no período estudado.

A disposição da população em construir fossas secas coincide com a elevação no grau de conhecimento relativo à etiologia das verminoses incluído nas notas sobre a informação sobre a saúde (ítem 3). Um sinal interessante da mudança de comportamento associada ao progresso no nível de informação com relação à saúde foi a construção de algumas fossas rústicas por iniciativa dos próprios moradores, mesmo quando alertados que em breve poderiam contar com alguma ajuda (ferro e cimento) para que pudessem construir as lages necessárias a uma fossa de melhor qualidade. A figura 10, mostra uma dessas fossas rústicas na comunidade de Canela e a figura 11, os trabalhos de construção das lages para as fossas na mesma comunidade.

4.2 Origem da Água de Abastecimento (ÁGUA) - Tabela 43.

Em Canela, embora se mantivesse o mesmo número de poços, verificou-se importante mudança da coleta de rio e cacimba para a fonte, origem esta um tanto mais segura para a água de consumo humano. Em Taquaruçu e Ipoeiras não houve mudança na fonte de abastecimento. Em Silvanópolis, a maioria da população se abastecia de poço.

4.3 Tipo de Paredes das Habitações (PAREDES) - Tabela 44.

Em Canela houve um pequeníssimo decréscimo nas casas de pau-a-pique, barro e palha, e construiu-se uma casa de tijolos. Em Taquaruçu houve um incremento no número de casas de adobe (55,2 para 73,8%) e um decréscimo nas de pau-a-pique (41,8 para 23,1%). Em Ipoeiras, embora tenha havido um acréscimo no número de casas de adobe, este proporcionalmente foi suplantado pelo acréscimo nas de qualidade inferior (estas crescendo de 39,1% para 45,5%), certamente relacionado à chegada de populações novas. A comunidade testemunho exibiu uma proporção elevada de casas de adobe (82,9%).

4.4 Posse de Filtro (FILTRO) - Tabela 45.

Este equipamento doméstico, cuja posse foi pesquisada mais como indicador de cuidados com a água para consumo humano do que propriamente como elemento decisivo na elevação da qualidade da água, exibiu apenas um pequeno acréscimo em todas as comunidades, para o conjunto de 5,9 para 13,7%, sendo que a comunidade testemunho exibiu uma proporção semelhante ao conjunto das comunidades "depois" (13,3%).

4.5 Tipo do Teto das Habitações (TETO) - Tabela 46.

Houve um decréscimo relativo das casas cobertas de telhas em Canela (de 41,4 para 34,6%), provavelmente devido ao fato de as famílias que deixaram o local habitarem proporcionalmente mais em casas desse tipo. Esse tipo de cobertura teve sua proporção aumentada em Taquaruçu e Ipoeiras. No conjunto, a proporção de habitações cobertas de telhas aumentou de 44,5 para 54,8%. Na comunidade testemunho essa proporção era mais elevada - 75,2%.

4.6 Destino do Lixo Doméstico (LIXO) Tabela 47.

O lixo era e continuou sendo, de forma quase que absoluta, disposto em superfície (99,2% das famílias). Na comunidade testemunho já havia, entretanto, uma proporção mais acentuada de queima (17,1%) e enterramento (10,5%).

Buscando aprofundar a análise das modificações em contradas, no referente à qualidade da habitação, guardadas as limitações metodológicas já mencionadas, selecionamos apenas as famílias que participaram de ambos os inquéritos, buscando testar a significância das modificações havidas. Em se tratando de populações integrais e não de amostras, esse teste de

de significância somente teria algum sentido, se se admitisse que as mesmas seriam amostras de um universo hipotético - a população rural nucleada do norte de Goiás. Dada a considerável similitude das comunidades estudadas entre si, concluímos ser razoável tal assunção. Conforme já mencionado, as variáveis foram recodificadas para uma dicotomia (0 = solução inadequada e 1 = solução adequada) e submetidas ao teste não paramétrico de Mac Nemar (Conover⁷⁰).

As hipóteses formuladas para cada uma das variáveis foram: (variedade monocaudal do teste)

H_0 : Não houve transformação significativa com relação à variável em questão, de solução inadequada para a adequada;

H_1 : Houve transformação significativa com relação à variável em questão da solução inadequada para a adequada.

O Anexo I, de 1 a 3, mostra os passos intermediários no teste de hipótese para cada uma das variáveis e a Tabela 51 resume os achados. Buscou-se estabelecer o nível de significância para o qual H_0 ainda era rejeitada e este esteve abaixo de 0,1% em todas as comunidades para a variável DEJETOS; no caso de Canela e Ipoeiras para a variável ÁGUA (em Taquaruçu essa variável não sofreu modificações); em Taquaruçu para a qualidade das paredes (var. PAREDES); em Ipoeiras para a variável FILTRO e em Taquaruçu para a variável TETO. Não houve modificações na variável LIXO.

4.7 Notas relativas à Qualidade da Habitação (SCOREHAB) - Tabelas 48 e 52

Houve acréscimo em todas as comunidades nas notas relativas à qualidade da habitação. Cotejando-se com os dados mencionados nos itens anteriores, concluímos que os acréscimos foram bastante influenciados pela construção de fossas. A comunidade testemunho, em virtude, como já vimos, de possuir habitações melhores em quase todos os aspectos, exibiu índices mais elevados do que todas as comunidades, apenas aproximados por Canela "depois".

Tentando refinar a análise desses resultados, ainda dentro das limitações metodológicas já apontadas, da mesma forma que para as variáveis constitutivas, descritas acima, selecionamos apenas as famílias que participaram dos dois inquêri

tos ("antes" e "depois") e testamos a significância das variações havidas, dentro da hipótese de que as populações estudadas seriam amostras não aleatórias do universo representado pelo conjunto das populações rurais nucleadas e isoladas do norte de Goiás. Dentro dessas suposições, elegemos o Teste de Wilcoxon, não paramétrico, destinado a examinar a significância de alterações tipo antes-e-depois em variáveis contínuas (Conover⁷⁰, 1971). (Utilizada a alternativa monocaudal do Teste). As hipóteses formuladas foram:

H_0 : As habitações "depois" tenderam a apresentar nota de qualidade de habitação igual à inicial

H_1 : As habitações "depois" tenderam a apresentar uma nota de qualidade de habitação mais elevada que a inicial.

O Anexo I de 4 a 6 mostra os passos intermediários do teste de hipótese para esta variável, a partir das notas de cada família "antes" e "depois". A Tabela 52 resume os resultados desse Teste. Buscando-se também aqui esclarecer o nível de significância para o qual H_0 ainda era rejeitada, verificamos nesta tabela que esse nível esteve abaixo de 0,5% para as três comunidades, sendo no caso de Taquaruçu, abaixo de 0,01%, apontando, portanto, no sentido de acréscimos altamente significativos no valor da variável examinada.

5. MODIFICAÇÕES EM OUTRAS VARIÁVEIS

Ao examinarmos o comportamento das diversas variáveis "antes" e "depois", encontramos algumas cuja análise das transformações não estava especificamente prevista no plano inicial de trabalho, mas que mostraram alterações que consideramos dignas de descrição.

5.1 Dependentes de Atividade Agrícola (DEPATAG) - Tabela 10.

Esta variável exibiu acréscimos em Canela (de 66,2 para 78,2%) e Ipoeiras (de 65,0 para 80,4%) e decréscimo em Taquaruçu (de 78,4% para 62,5%). Essas oscilações certamente estiveram relacionadas à rotatividade populacional já comentada. É importante notar, no entanto, que para o conjunto das comunidades se manteve estável (72,7 e 70,6%) apenas ligeiramente superior à comunidade testemunho (65,4%).

5.2 Uso do Quintal (USQINTAL) - Tabela 31.

Verificamos quanto a este aspecto um acentuado aumento na proporção de hortas isoladas ou associadas a outro

tipo de utilização do quintal. Para o conjunto das comunidades foi de 4,4 para 66,7%, sendo os ganhos mais acentuados em Taquaruçu (zero para 98,4%), seguido de Ipoeiras (15,0 para 45,2%) e discretos em Canela (6,9 para 16,0%). Na comunidade testemunho as hortas ocupavam apenas 8,9% dos quintais. Como a horta não era uma forma tradicional de utilização do quintal na região e como a orientação para seu plantio estava no elenco de atribuições do atendente rural, entendemos que se pode identificar aí uma clara mudança de comportamento da comunidade, estimulada pelo trabalho do atendente rural.

5.3 Meio de Informação (MEIOINFR) - Tabelas 19 e 20.

Observamos uma mudança no padrão de obtenção de notícias de fora da comunidade. Nas comunidades "antes" como já mencionamos, havia predominância do meio tradicional ("pessoas que viajam") ao passo que "depois" houve um aumento generalizado na proporção de utilização de meios modernos ("rádio"). No conjunto das comunidades esse ganho foi de 16,8 para 49,1%, sendo mais acentuado em Taquaruçu e Canela (respectivamente de 7,8 para 42,1% e de 30,8 para 73,1%) e menor para Ipoeiras (de 26,1 para 42,4%). A comunidade testemunho mantinha um padrão de elevada utilização de meios modernos (61,2%). Se tal mudança pudesse ser relacionada à presença da atendente rural nas comunidades, poderíamos cogitar de que se tratasse de um fenômeno de "modernização das comunidades trabalhadas", ao qual retornaremos na Discussão. Esse achado é corroborado pelo aumento em todas as comunidades da propriedade de rádio (tabela 20). - no conjunto, de 23,9 para 39,0% das famílias, tendo tido ocorrência mais ou menos uniforme nas comunidades estudadas. Na comunidade testemunho, o rádio estava presente em 35,2% das famílias.

5.4 Periodicidade de Viagem (PRVIAGEM) - Tabela 27 e Figs. de 27 a 34.

Ao estudarmos as mudanças nesta variável, verificamos que não somente houve uma intensificação na periodicidade das viagens (a mediana foi de 1 viagem ao ano para 4 a 6 viagens ao ano, para o conjunto das comunidades - fenômeno igualmente acentuado em Ipoeiras e Taquaruçu e não computado no caso de Canela), mas também uma mudança no perfil da distribuição da variável (figs. de 27 a 34) com um encurtamento do período e um reforço na já comentada "moda" de um mês. Também estas modificações nos apontam para um padrão de modernização das comunidades. No caso da comunidade testemunho, a mediana

era muito mais elevada (12 viagens ao ano), o que pode ser facilmente explicado pela existência de transporte coletivo diário para a sede do município.

5.5 Hábitos relacionados ao Fumo (FUMAM, MASCAM, CHEIRAM) - Tabelas de 28 a 30.

Ao estudarmos a evolução deste hábito na população de mais de 15 anos, verificamos que há uma certa manutenção na proporção de fumantes (de 41,7 "antes" para 43,2% "depois"), fenômeno observado uniformemente em todas as comunidades estudadas e muito semelhante aos níveis da comunidade testemunho (48,0%). Quando, no entanto, examinamos os hábitos mais tradicionais (MASCAM, CHEIRAM) existe uma aparente queda acentuada na declaração dos mesmos. Para o conjunto das comunidades essa queda foi de 15,7 para 6,2% no hábito de mascar e de 23,1 para 8,2%, no hábito de aspirar rapê, transformações essas mais ou menos uniformes em todas as localidades, à exceção talvez do hábito de cheirar rapê em Taquaruçu, que sofreu decréscimo da proporção "antes" de 30,5%, mantendo-se, entretanto, em níveis relativamente elevados - 15,3%. Na comunidade testemunho os níveis dos hábitos tradicionais eram semelhantes aos das comunidades estudadas "depois". As modificações observadas, podem se relacionar simplesmente ao aparecimento de um certo pudor em declarar os hábitos mais tradicionais, possivelmente, figurados como inconvenientes pela atendente rural, o que provavelmente, por viés cultural, ocorreria menos em relação à forma moderna (fumar), sem que talvez tivesse havido mudança efetiva nos hábitos propriamente ditos. O grau de conhecimento muito íntimo entre o atendente e sua clientela, no entanto, faz-nos supor que talvez não fosse tão fácil ocultar um hábito, fazendo-nos pensar, como nos casos anteriores, que se trate, possivelmente, de um processo de "modernização" acentuada das comunidades.

5.6 Idade do Desmame (IDADESMM) - Tabela 33 - Figs. de 35 a 37,

Examinando o comportamento desta variável antes e depois, verificamos que o padrão, muito uniforme para todas as comunidades, inclusive para a testemunho, foi mantido. Se algo ocorreu, ao examinar a distribuição da variável para o conjunto das comunidades "antes" e "depois" (figs. 35 a 36), pensamos que foi no sentido do prolongamento da amamentação, embora essas alterações pareçam não ser de grande importância.

Desta forma fica, em princípio, afastado, dentro do horizonte de tempo e da dimensão das populações trabalhadas, o receio de que a atuação do atendente rural e especialmente a modernização das comunidades pudesse agir iatrogenicamente contra os padrões tradicionais favoráveis com relação a esse estado fisiológico. Aliás, os atendentes rurais transmitiam mensagem exatamente no sentido do prolongamento do aleitamento natural.

VI - DISCUSSÃO

Iniciaremos o presente capítulo questionando a adequação da escolha da comunidade de Silvanópolis como comunidade-testemunho para o presente estudo. Discutiremos depois a validade dos resultados em termos metodológicos e face à realidade de serviços rurais na região, na Amazônia e no Brasil. Finalmente, discutiremos os achados do presente trabalho face às experiências da literatura.

ESCOLHA DE SILVANÓPOLIS COMO COMUNIDADE-TESTEMUNHO

Conforme mencionado anteriormente, as comunidades trabalhadas representam 3 das 5 comunidades rurais do município de Porto Nacional. Silvanópolis situa-se à margem de uma estrada intermunicipal que liga Porto Nacional ao município vizinho de Natividade e, através deste, à Dianópolis (GO), Barreiras (BA) e Brasília. Esta rodovia já apresentava à época movimento regular, inclusive ônibus diário nos dois sentidos. A comunidade restante, Fátima, situa-se à margem da rodovia Belém-Brasília durante cuja construção surgiu. Fátima apresenta características bastante diferentes das do grupo estudado, motivo pelo qual não foi cogitada como comunidade-testemunho. Restou-nos Silvanópolis para tal mister, embora de pronto suspeitássemos que se tratasse de uma comunidade não exatamente comparável às outras três, não somente pelo seu acesso mais fácil a Porto Nacional como também pelo seu porte (618 habitantes), bem maior do que a maior das comunidades trabalhadas (Taquaruçu, com 352 habitantes "depois").

Neste segmento do trabalho, buscamos ponderar as adequações e inadequações da escolha de Silvanópolis como comunidade-testemunho.

1. Aspectos Demográficos - Ao examinarmos as pirâmides populacionais (figuras de 12 a 20) verificamos que Silvanópolis era mais depletada ainda de adultos jovens do que as comunidades trabalhadas em seu conjunto, particularmente quanto ao grupo etário de 20 a 30 anos. Certamente a proximidade de Porto Nacional facilitava a evasão desse componente etário em busca de melhores oportunidades de estudo e trabalho.

2. Produção de Arroz (Tabela 12) - Embora a mediana de sacos produzidos fosse semelhante (20) à do conjunto das outras comunidades, uma proporção consideravelmente menor das famílias (32,4%) era de produtores de arroz (entre 75,6 e 84,7%, para o

conjunto das demais comunidades).

3. Uso do Quintal (Tabela 31) - Embora o padrão do uso do quintal em Silvanópolis de certa forma se aproximasse ao do conjunto das comunidades "antes", verificava-se a ausência da criação de galinhas na comunidade-testemunho e a elevada proporção de utilização do mesmo como roça e cultivo de árvores frutíferas ("outros").

4. Meio de Informação (Tabela 19) - Ao que tudo indica Silvanópolis apresentava um padrão de informações mais moderno do que as outras comunidades, com predominância do rádio como meio de obtenção de notícias (esse padrão, como será comentado adiante, foi aproximado pelas comunidades "depois"). A proporção de famílias possuidoras de rádio (Tabela 20) confirmava, de certo modo, essa afirmação.

5. Tempo de Residência no Local (Tabela 21) - Observava-se na comunidade-testemunho um número relativamente discreto de famílias residindo há 10 ou mais anos (11,7%), em comparação com o conjunto das comunidades estudadas "antes" (32,6%) e mesmo em relação a esse mesmo conjunto "depois" (25,8%).

6. Periodicidade de Viagem (Tabela 27) - Esta variável mostrava-se bastante diferente entre a comunidade-testemunho e as demais, sendo a mediana para aquela mensal e para estas entre semestral e anual.

7. Hábitos com Relação ao Fumo (Tabelas 28, 29 e 30) - Em relação a este aspecto, Silvanópolis exibia um padrão "moderno", com marcada proporção de fumantes e com baixa proporção de pessoas que mascavam (5,2%) e aspiravam (6,0%) padrão que, embora diferísse bastante das outras comunidades "antes" (respectivamente 15,7 e 23,1% para o conjunto), mostrou-se bastante semelhante ao conjunto das comunidades "depois" (6,2 e 8,2% respectivamente).

8. Recursos de Saúde Utilizados pelas Gestantes (Tabela 34) - Guardadas as reservas relacionadas à diminuta população de gestantes, verificamos que as de Silvanópolis, ao contrário das outras comunidades, recebiam cuidados de pré-natal na sede do município (80%). Este fato se relaciona, como já foi comentado, com a facilidade de transporte entre esta comunidade e Porto Nacional.

9. Vacinação (Tabelas de 36 a 41) - As gestantes de Silvanópolis exibiam uma cobertura vacinal mais ampla do que as das

comunidades trabalhadas (40,7% para as de Silvanópolis contra 29,4% "antes" e 28,6% "depois" para o conjunto das comunidades trabalhadas). Este fato estaria de acordo com a elevada proporção de gestantes buscando cuidados em Porto Nacional. A vacinação antivariolica de crianças era menor em Silvanópolis do que nas comunidades trabalhadas, quer antes, quer depois (7,8% para a primeira, 46,9 e 21,5%, respectivamente, para o conjunto das outras "antes" e "depois" - Tabela 37). Esse fato se relacionaria com a vacinação em massa em torno de 1968 por ocasião da Campanha Nacional contra a Varíola e possivelmente com maior mobilidade populacional acumulada em Silvanópolis, com acréscimo de população não vacinada. Quanto à vacinação tríplice em crianças (Tabela 38), a proporção das de Silvanópolis (13,0%) era maior do que a do conjunto das comunidades trabalhadas "antes" (6,1%), mas menor do que as mesmas comunidades "depois" (40,9%). Fenômeno semelhante revelou-se quanto à vacinação Sabin (respectivamente 14,8% para Silvanópolis, 6,1% para todas "antes" e 39,8 para todas "depois") - tabela 39. Quanto à vacinação antivariolica de adultos, Silvanópolis exibia proporção semelhante às comunidades "depois" (43,9 em Silvanópolis e 56,4 - todas "depois"), menor do que o conjunto das comunidades "antes" (86,6%). Este fenômeno, como no caso da mesma vacina em crianças, se relacionaria com a chegada de populações não vacinadas, anteriormente dispersas no interior região. (Tabela 40). No relativo à vacinação antitetânica de adultos, (Tabela 41) Silvanópolis exibia proporção muito baixa de imunizações (7,6%), próxima, entretanto, à do conjunto das comunidades "antes" (11,7%) e bem distinta desse conjunto "depois" (63,1%). Neste caso, como no da vacinação tríplice e Sabin em crianças, poder-se-iam atribuir as diferenças ao trabalho nos postos rurais.

10. Destino dos Dejetos (Tabela 42) - A proporção de habitações com fossa na comunidade-testemunho (53,3%) era maior do que a do conjunto das comunidades "antes" (13,4%) mas menor do que a desse conjunto "depois" (65,3%).

11. Procedência da Água para o Consumo Humano (Tabela 43)- Quanto a esta variável, Silvanópolis mostrou-se bem mais dotada (97,1% das habitações servindo-se de poço) do que o conjunto das comunidades quer "antes", quer "depois" (94,1 e 79,0% das habitações com soluções bem primitivas para o abastecimento de água - rio ou cacimba).

12. Qualidade do teto das Habitações (Tabela 46) - Em Silvanópolis

lis havia predominância de tetos de telhas (75,2%) ao contrario do conjunto das comunidades trabalhadas, quer "antes" (44,5%), quer "depois" (54,8%).

13. Destino do Lixo (Tabela 47) - Silvanópolis, ao contrário das comunidades trabalhadas, exibia uma certa proporção (27,6%) de destino mais elaborado (queima ou enterramento) do que a mera disposição em superfície.

14. Qualidade da Habitação (Tabela 48) - De uma forma geral, a variável SCOREHAB exibia valores mais elevados, indicando uma qualidade de habitação superior em Silvanópolis (mêdia igual a 25,19) à das comunidades estudadas quer "antes", quer "depois" (15,66 e 19,95 respectivamente).

13. Informação com Relação à Saúde (Tabela 50) - Para a comunidade-testemunho, dispomos apenas de dados elaborados a partir da agregação não ponderada das variáveis componentes (ISAUDE 2). A nota média desta comunidade (14,13) encontrava-se entre o valor achado para o conjunto das comunidades "antes" (12,14) e aquele encontrado para esse mesmo conjunto "depois" (16,10).

No referente às variáveis correspondentes à Propriedade da Terra, Propriedade de Habitação, Número de Cômodos, Número de Quartos, Dependentes exclusivamente de Atividades Agrícolas, População Economicamente Ativa, Propriedade de Bovinos, Alfabetização, Proporção da População de 5 a 20 anos matriculada na Escola, Escolaridade do Chefe da Família, Lugar de Nascimento e Procedência do Chefe, Motivo da Procura do Local, Mobilidade Populacional, Motivo dessa Mobilidade, Expectativa de Permanência no Local, Motivos dessa Expectativa, Natalidade e Fertilidade, Idade do Desmame, Utilização de Recursos de Saúde pela População ("antes"), Qualidade das Paredes das Habitações e Propriedade de Filtro, a comunidade-testemunho exibia valores bastante assemelhados às localidades trabalhadas.

Em resumo, podemos concluir que, embora a comunidade-testemunho se assemelhasse em muitos aspectos com aquelas trabalhadas regularmente pelos atendentes rurais, guardava em relação a estas algumas distinções relativamente bem marcadas: tratava-se de uma comunidade maior, mantendo comunicação mais intensa com a sede do município, com uma proporção menor de famílias envolvidas na produção de arroz, sem o hábito da criação de galinhas como as outras comunidades, mais "moderna" quanto aos meios de comunicação com o meio exterior (maior utilização do

rádio), mobilidade populacional mais intensa, periodicidade de viagem das pessoas entrevistadas nitidamente mais intensa e hábitos mais modernos com relação ao fumo do que o conjunto das comunidades "antes". As gestantes utilizavam a sede do município para o pré-natal. De uma forma geral havia vacinação mais ampla de crianças e gestantes do que o conjunto das comunidades "antes" (exceto a vacinação antivaricelica). Exibia Silvanópolis destino adequado dos dejetos em proporção maior das habitações do que o conjunto das comunidades "antes" e origem adequada da água para o consumo humano (poço) em proporção bem maior do que o conjunto das comunidades trabalhadas, quer "antes" quer "depois".

Desta forma concluímos que Silvanópolis não era uma comunidade-testemunho perfeita para o estudo em questão. No entanto, no contexto do trabalho realizado, era a única que poderia ter sido usada e o fizemos com a necessária cautela crítica. O fato, entretanto, de se tratar de uma comunidade mais moderna num padrão de transição entre comunidade rural isolada e comunidade-de-beira-de-estrada, com facilidade de comunicação com o município sede, ao nosso ver valorizou os ganhos aparentemente realizados a nível das comunidades trabalhadas, especialmente aqueles referentes à utilização de hortas, atendimento às gestantes e à população em geral; aqueles (discretos) relacionados a algumas vacinações, especialmente em crianças e antitetânica em adultos; ao destino adequado dos dejetos, à informação com relação à saúde e, por outro lado, lança luz sobre algumas transformações encontradas nas comunidades trabalhadas entre os dois inquéritos, especialmente as relacionadas aos meios de informação, mobilidade populacional e hábitos com relação ao fumo.

VALIDADE DOS RESULTADOS

O propósito geral de um estudo como o que ora apresentamos é principalmente lançar luz a respeito da eficácia de um determinado modelo prático de atuação (no caso, postos de saúde rurais, operados por pessoal de formação elementar), no sentido de avaliar objetivos atingidos, objetivos não atingidos e detectar efeitos colaterais (efeitos perversos ou iatrogênicos). Este primeiro propósito traz o benefício de ensejar modificações nas técnicas e nas ênfases do trabalho, de molde a aprimorar sua eficácia. Sem dúvida, no entanto, um segundo propósito, mais ambicioso, é de que os achados sejam úteis para o me

lhor entendimento dos mecanismos de atuação da intervenção na comunidade e, assim, ao aprimoramento do modelo de serviços visando à sua utilização em comunidades semelhantes, numa esfera compatível, que pode abranger uma região (no caso, o norte de Goiás), segmentos significativos de um país (A Amazônia ou a Amazônia Oriental) e mesmo de outros países (pópopulações rurais nucleadas em pequenas comunidades). Essas duas ordens de propósitos transferem-nos, quando passamos ao plano teórico, ao dilema metodológico entre a validade interna e a validade externa de um determinado modelo de experimento (Campbell⁵⁶ .. , 1963). Esse dilema se manifesta pelo fato de que, à medida que se reforçam os mecanismos que evitam a interferência de variáveis independentes não previstas no planejamento, ensejando o surgimento de explicações rivais para os resultados, particulariza-se o estudo, diminuindo as perspectivas de que o mesmo possa vir a ser generalizado em âmbitos diversos de abrangência.

No caso específico do presente trabalho, a validade interna do modelo foi robustecida por se trabalhar com comunidades inteiras e não com amostras, ou seja, as modificações observadas, guardada a acurácia dos instrumentos utilizados, ocorreram numa população de fato, neste sentido, num universo em si mesmo. Outro aspecto que ao nosso ver veio reforçar a validade interna, foi o fato de se trabalhar com um curto intervalo de tempo entre os dois inquéritos (1 ano e meio) evitando que outras variáveis independentes não previstas no modelo, viessem a oferecer explicações rivais para as alterações observadas e que fatores intrínsecos, como a evolução histórica das comunidades e a sua maturação como seres sociais, viessem a explicar as modificações encontradas. Assim é que, no período estudado não ocorreram fenômenos regionais de monta que pudessem competir com o estímulo (instalação dos Postos Rurais) na explicação das transformações havidas. Convém lembrar, entretanto, que o curto intervalo de tempo (associado à pequena dimensão das populações) reversamente, impediu que se observassem alterações mais consistentes nas comunidades a exemplo dos indicadores de saúde. Ainda mais, deixou em aberto a possibilidade de que as modificações, especialmente as valoradas positivamente pelo pesquisador, não sejam senão fugazes. Wang²⁷⁵ 1975, trabalhando com educação nutricional, observou certo retrocesso de resultados após o primeiro ano de atuação com pessoal auxiliar. O elevado grau de isolamento das comunidades estudadas, relacionado não somente à sua distância da sede do município mas principalmente à inexistência de transporte regular, de res

to confirmado pelo inquérito (variável Periodicidade de Viagem, Tab. 27) também se nos afigura como fator de reforço da validade interna de investigação. Outro fator comumente lembrado como ameaçador da validade interna de modelos deste tipo (Nachmias¹⁷⁹, 1976) é a chamada "mortalidade experimental", ou seja, a perda de indivíduos para fora do alcance do pesquisador. No caso particular, muito grave, mesmo no curto espaço de tempo estudado, devido à elevada rotatividade demográfica das comunidades (14% ao ano para o conjunto dos lugarejos "depois" - Tab. 21), a mortalidade experimental foi contornada no caso das variáveis "Qualidade da Habilitação" e "Informação com Relação à Saúde", pela utilização pareada antes/depois, daquelas famílias que participaram de ambos os inquéritos. Dentro das limitações metodológicas já mencionadas, as transformações se revelaram significativas. Além disso, o fato da grande maioria das variáveis relativas a aspectos econômicos e sociais terem se mantido com pequenas alterações antes/depois, revela que pelo menos a intensa rotatividade da população se fazia às custas de grupos humanos muito semelhantes àqueles que tinham deixado a comunidade. Apenas nos casos de dependentes de atividades agrícolas em Ipoeiras e Taquaruçu houve uma variação para mais no primeiro caso e para menos no segundo; (Tabela 10), sem que houvesse, entretanto repercussão no conjunto das comunidades. Outro questionamento bastante pertinente com relação à validade interna da investigação diz respeito ao fato de os questionários terem sido aplicados "antes" e "depois" pela atendente rural, que estava envolvida na atuação objeto da pesquisa, podendo ter eventual interesse em modificações para melhorar na comunidade. Esse inconveniente foi considerado desde o projeto inicial do trabalho e se tentou contorná-lo pelo pré-teste, na adequação dos questionários e pela elaboração de uma imagem isenta com relação à investigação, buscando dissociar a expectativa de avaliação do desempenho do atendente, da aplicação dos inquéritos. Como havia um instrumento específico e explícito de avaliação do trabalho do atendente (mapa diário de trabalho e correspondentes relatórios trimestrais), não parece haver indicação de que essa valoração tenha assumido papel importante. A utilização do atendente como aplicador do questionário teve, ao nosso ver, várias vantagens: o barateamento e, portanto, a reprodutibilidade prática da investigação; a profilaxia da introdução de mais um estímulo sobre a comunidade, representado pela presença de um grupo de aplicadores dos questionários; o fato dos questionários poderem ter sido aplicados num in-

tervalos de 6 a 15 dias, ensejando não somente uma aplicação mais cuidadosa, como também evitando recusas e perdas por ausência e, finalmente, o fato de as respostas poderem ser facilitadas pelo conhecimento pessoal da vida de cada um dos moradores pelo atendente. Apenas para dar um exemplo, as atendentes conheciam pelo nome todos os moradores das comunidades e sabiam quais os curandeiros, rezadores e benzedores que eram ou não frequentados por cada uma das famílias, estando ainda preparadas para encarar com naturalidade esses hábitos locais. Outro fator restritivo da validade interna que é a influência do teste em si em modificações, especialmente na área de atitudes, teria sido contornada pela não aplicação do teste "antes" na comunidade - testemunho, mas a exatidão do modelo neste aspecto sofre restrições de outra natureza, conforme comentaremos adiante.

Quando passamos ao mérito da validade externa da investigação conduzida é que enfrentamos os questionamentos mais consistentes a respeito da mesma. Quase que exatamente os mesmos fatores que de certa forma robusteceram sua validade interna tendem a debilitar sua validade externa: o pequeno porte das comunidades, seu grande isolamento e o curto intervalo de tempo transcorrido entre as observações. A identificação de uma tipologia das comunidades face à sua acentuada semelhança faz-nos supor a probabilidade de estarmos, como era propósito inicial da investigação, diante de um padrão que chamaríamos de população rural nucleada tradicional do norte de Goiás ou até mesmo da Amazônia Oriental. Esta última extensão nos é sugerida pelas grandes similitudes de hábitos, valores e organização social entre as comunidades que estudamos no norte de Goiás e aquela estudada em profundidade por Wagley²⁷⁴, 1977, no baixo Amazonas. No relativo a este aspecto, já que se buscou minimizar os chamados efeitos reativos (efeitos intrínsecos, em resposta aos próprios instrumentos da investigação - Nachmias, op. cit.) utilizando-se o mínimo de recursos estranhos à operação habitual dos serviços, parece-nos que os resultados são passíveis de certo grau de generalização.

Outro tipo de discussão que em tese seria cabível é aquele que diz respeito à opção entre um modelo experimental e um quase-experimental. A opção por um modelo experimental envolveria a escolha das comunidades experimentais e das testemunhos de forma perfeitamente aleatória. Tais circunstâncias, entretanto, dificilmente seriam obtíveis na prática, de forma que na grande maioria dos casos teríamos que optar por um modelo quase-experimental (amostragem não aleatória e grau de

controle imperfeito sobre os grupos trabalhados - no caso comunidades). O modelo utilizado no presente trabalho não se constitui entretanto num perfeito modelo quase-experimental, em parte por se conhecer o valor das variáveis apenas "depois" no caso de comunidade-testemunho, e em não se tratando de modelo experimental onde o controle "antes" seria feito pela escolha aleatória do testemunho, essa falha já seria suficiente para questionar o modelo. Além disso a comunidade de Silvanópolis, como comentamos nos parágrafos anteriores, mostrou-se não perfeitamente comparável às comunidades trabalhadas. Segundo um rigor teórico, quer classifiquemos o modelo que pudemos utilizar de quase-experimental ou de pré-experimental (Nachmias, op.cit), entendemos que a inclusão de Silvanópolis no estudo foi útil, pois sendo uma comunidade aparentemente em transição pôde servir, como já comentamos, como um testemunho rigoroso, até em demasia, de alguns ganhos que as comunidades trabalhadas demonstraram sobre esta.

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A EXPERIÊNCIA DA LITERATURA

Dos estudos mais abrangentes encontrados na literatura sobre a utilização de pessoal auxiliar na prestação de serviços primários de saúde (Fendall⁹⁴ 1979 e Sadler²²⁴ 1972 entre outros) podemos resumir que tais auxiliares têm sido utilizados como expansores da capacidade de atendimento do médico, trabalhando junto a este profissional ou como substituto do mesmo, atuando em vez deste, sob supervisão mais ou menos remota. Por sua vez, o nível de escolaridade desse pessoal pode ser quase universitário, como é do assistente médico (physician's assistant) dos EE UU; pode ser de nível secundário como os auxiliares de enfermagem utilizados largamente na África e mesmo em outras comunidades do norte de Goiás, conforme mencionamos; e finalmente como no caso das promotoras de saúde na Colômbia e do auxiliar de medicina simplificada na Venezuela, de escolaridade elementar. Além da escolaridade, depreendemos ainda da literatura que o pessoal auxiliar pode ser utilizado em tarefas monovalentes ou polivalentes. No primeiro caso está o guarda de malária que tão relevantes serviços tem prestado e ainda presta ao Brasil. Fendall⁹⁴ distingue entre o auxiliar polivalente e o trabalhador básico de saúde (basic health worker), conceituando que o primeiro se encarregaria simplesmente do controle de um conjunto de doenças, ao passo que este último operaria segundo um enfoque mais abrangente, dispensando atendimento integral à saúde da sua população alvo. Dentro deste quadro de referências podemos considerar o Serviço de Saúde Rural da Prefeitura de Porto Na

cional como utilizando auxiliares de saúde de escolaridade elementar, operando serviços primários, sob delegação da Unidade Mista e sob supervisão desta.

A utilização de pessoal desse nível, com finalidades as sim ambiciosas, tem encontrado resistência de certos autores. Fendall⁹⁴, em trabalho abrangente diversas vezes citado neste documento, considera que a utilização válida de pessoal auxi liar para cuidados primários, deve implicar em escolaridade no mínimo secundária, acrescida de três anos de formação técnica. Flauhault¹⁸⁸, também um especialista mundial no assunto, em ab er tura de Conferência Mundial a respeito, em 1973, refere-se aos auxiliares utilizados na Venezuela (exatamente do nível utilizado nos postos relacionados ao presente trabalho) e inclusive aos "médicos de pés descalços" da China, como "pessoal de categoria muito baixa". No entanto, outros autores e o documento conjunto OMS/UNICEF²⁶³, que sugere parâmetros para o atendimento de necessidades básicas de saúde em países em desenvolvimento, re com enda a utilização de pessoal de escolaridade elementar onde esteja indicado e o inclui na sua tipologia de serviços de saúde como participando dos níveis I e II e como coadjutor e even tual substituto no nível III, embora, segundo esse documento, se jam lhe vedadas atividades curativas a este último nível. O nível de escolaridade do atendente tem sido eleito, no entanto, dentro dos projetos de extensão de ações de saúde com os quais pudemos tomar contato, em função muito menos de elaborações doutrinárias do que de sua disponibilidade e viabilidade de adaptação. Assim é que, no programa no Alaska²⁶⁴, os auxiliares pos suem uma média de 6 a 7 anos de escolaridade na região norte da quele Estado e de 10 a 12 anos no sul, evidentemente em função do pessoal disponível nas pequenas comunidades trabalhadas. No caso das comunidades incluídas no presente trabalho, nenhuma te ria condições de abrigar uma auxiliar de enfermagem que seria certamente tentada a abandonar o posto em função de emprego me lhor numa sede de município. É exceção evidentemente a localidade de de Silvanópolis, pelas particularidades já mencionadas.

Embora as publicações sobre a utilização de pessoal auxi liar em atividades primárias de saúde sejam particularmente abundantes, um dos pontos mais dêbeis no conhecimento do assunto es t ã relacionado exatamente com o componente de avaliação e, den tro deste, a avaliação do impacto sobre a comunidade (Arbona¹³, 1968). Uma das recomendações da Conferência de Alma Ata (Crônica da OMS¹⁹², 1978), a de número 16, diz especificamente "... que em cada programa nacional se reserve uma parte dos recursos para realizar investigações permanentes sobre serviços de saúde"

..." que se estimule a avaliação e utilização dos resultados ... para a pronta identificação dos problemas "... Outros autores recomendam especificamente a experimentação, como metodologia adequada à correta avaliação nesses casos (Wilson ²⁸³ e The Journal of Pediatrics¹³²). Alguns autores (Trantow²⁶², 1970) afirmam que, quando se pretende medir impacto de programas sobre a população, o melhor seria comparar o grupo cliente (chamado grupo experimental) com outros não expostos ao programa (grupo controle). Outros defendem a realização de experimentos verdadeiros (grupos constituídos aleatoriamente e da mesma forma divididos entre "experimentais" e "testemunhos"). Deniston⁷⁵, 1973. Evidentemente, em se tratando de comunidades e de alocação de serviços, em poucas partes do mundo se conseguirão tais condições experimentais. O exemplo do presente trabalho é bastante eloquente quando, ao eleger uma comunidade testemunho, razões éticas e políticas fizeram com que a mesma tivesse, ao receber um posto rural, que ser incluída no grupo "experimental".

Um estudo recente da Associação Americana de Saúde Pública (APHA¹⁰, 1977) sobre o estado atual da prestação de serviços de saúde de baixo custo em países em desenvolvimento, incluindo 180 projetos em 54 países, comenta:

"... As práticas de avaliação parecem particularmente dêbeis e há falta de dados suficientes e de procedimentos relacionados ao manuseio de dados. Apenas um punhado de projetos possui componentes formais de avaliação e pode ser capaz de medir os produtos específicos e os custos de seus esforços"...

Esse estudo revelou ainda que a maioria dos projetos que côlhia dados para a avaliação se considerava incapaz de utilizar esses dados diretamente na melhoria dos serviços. De fato, apenas 4 dos 180 projetos desenvolveram subprojetos de avaliação com grupos-controle: um na Tailândia, um em Gana, um na Guatemala e um em Bangladesh. Nesses projetos, a rotatividade populacional foi levantada como problema para os modelos de avaliação, como o foi no presente estudo. O trabalho mencionado lembra a importância de estudos avaliativos formais no aprimoramento dos serviços, bem como a necessidade desses estudos apresentarem baixo custo de molde a poderem ser expandidos por gran-

de número de programas em países em desenvolvimento. Enfatiza, além disso, a necessidade da constituição de "indicadores de impacto" - ou seja, face à natural lentidão da mudança dos indicadores clássicos de saúde, que sejam desenvolvidos indicadores que acusem precocemente mudanças significativas desejáveis ao nível das comunidades trabalhadas, indicadores esses vinculados hipotética ou experimentalmente à melhoria dos padrões de saúde das comunidades. Dos quatro projetos que possuíam estudos formais de avaliação, mencionados nesse trabalho da APHA, conseguimos literatura apenas a respeito do da Guatemala (Croft Long⁷¹, 1974; P.A.H.O.²⁰², 1973). Esse estudo, envolvendo 7 projetos diferentes, cobrindo 330 comunidades, ligadas a organizações públicas e privadas naquele país, analisa a cobertura de serviços, os custos de formação de auxiliares (cuja escolaridade básica varia de projeto para projeto de 0 até 12 anos), a percentagem de referências (entre 1,0 e 8,7% naqueles em que se aplica a medida). Apresenta ainda um interessante estudo de controle de qualidade, sendo que um dos programas chega a obter (com pessoal a nível de auxiliar de enfermagem) taxas de erro de diagnóstico e terapêutica em torno de 1%. Os dados mais interessantes desse estudo, referem-se, entre tanto, às dramáticas melhorias na mortalidade infantil em três anos de trabalho, apontadas para um dos projetos (cobrindo 4 comunidades apenas) - de 138,7 para 55,4 por mil nascidos vivos; e na mortalidade do grupo de 1 a 4 anos - de 27,9 para 5,9 por mil habitantes no grupo etário, enquanto que para o país, como um todo, as taxas permaneceram inalteradas no período (em torno de 85 por mil nascidos vivos e 25 por mil habitantes no grupo etário, respectivamente). Esses progressos são atribuídos à imunização contra o tétano em gestantes, ao aumento do peso ao nascer e, no caso dos pré-escolares, à imunização contra o sarampo e coqueluche. O estudo não faz referências a medidas visando à melhoria do saneamento básico ou à qualidade da habitação.

Um programa de centros de saúde rurais com utilização de pessoal auxiliar na Etiópia (Chang⁶², 1969), foi acompanhado, envolvendo três pares de comunidades "estudo-controle". A avaliação foi feita após um intervalo de 4 anos. Os resultados dos inquéritos "antes" deste estudo enfatizavam entre outros aspectos, a facilidade de se identificar a nível do estudo as fontes inseguras de abastecimento de água, em contraste com a dificuldade enfrentada pelos serviços de saúde em dar solução adequada ao problema (Messing¹⁶⁷, 1967). Esse problema também foi enfrentado no caso de Porto Nacional e especialmente em Canela e Tuquaruçu onde seria necessário um pequeno investimento

para a adu^ção de água segura em quantidades adequadas. Nesse trabalho na Etiópia, os autores chamam ainda a aten^ção para os vies culturais na aplica^ção de questionários em países em desenvolvimento, o que no caso de Porto Nacional foi em grande parte contornado pela utiliza^ção de pessoal experimentado na região , para fins de elabora^ção, e de pessoal local treinado, na aplica^ção.

Outro trabalho, dentro de modelo experimental, atuando agora com indivíduos e não com comunidades, utiliza auxiliares num contexto urbano (EE UU) na motiva^ção do retorno de puérperas à clínica de controle familiar. Neste trabalho foram utilizados dois grupos controle, ao se comparar a eficácia da visita domiciliária pelo auxiliar, com o uso do telefone e de carta, apresentando resultados apenas discretamente positivos para o trabalho do auxiliar, em virtude do grande número de pessoas não localizadas nos domicílios. Neste caso o modelo foi rigorosamente experimental devido à facilidade de aloca^ção aleatória dos envolvidos, no grupo experimental, e nos grupos controle, o que não é tão fácil no caso de comunidades inteiras (Westheimer²⁷⁹, 1970):

Maclean¹⁵⁶, 1966, realizou inquérito entre mães Yoruba na Nigéria, utilizando duas comunidades e investigando hábitos a respeito da maternidade e dos cuidados com a criança.

Destacamos deste trabalho a existência de tabus alimentares para a gestante (carnes de certas aves), a prolongada duração da amamentação (até 4 ou 5 anos) e a relativa facilidade, comentada pela autora, com que eram obtidos dados a respeito de tabus alimentares e relativos aos cuidados com as crianças, o que também nos pareceu ocorrer nas comunidades estudadas em Porto Nacional. Aquela autora identificou ainda padrões de transi^ção entre as duas comunidades estudadas, traduzidos na diminuição da utilização do sistema tradicional e maior utilização do sistema de medicina científica. Também esse dado corresponde ao que encontramos nas comunidades estudadas. Os padrões de utilização do sistema de saúde tradicional (curandeiros e rezadores) em Porto Nacional (19,5% antes e 4,1% depois) diferem bastante dos dados encontrados em Caruaru (77,0%, Garcia Manzanedo¹⁰⁶, 1978).

Existe na literatura um grande número de estudos do tipo interven^ção única ("one-shot") destinados em sua maioria a estabelecer padrões prévios à opera^ção de projetos de saúde

("base-line studies"). A maioria se preocupa em analisar as condições de saúde (morbidade e mortalidade) das populações, saneamento básico e, por vezes, informações ou atitudes com relação à saúde, bem como padrão de utilização de serviços. Alguns se detêm em aspectos nutricionais e outros no controle da natalidade ou ainda em patologias específicas, como verminoses. Pela sua natureza são de limitado interesse ao âmbito deste trabalho já que não tentam aferir especificamente a eficácia dos serviços de saúde a que estão vinculados.

Alguns aspectos de interesse para o presente trabalho serão comentados topicamente^{9, 14, 24, 53, 63, 74, 79, 100, 104, 133, 148, 154, 171, 172, 175, 201, 207, 213, 253, 254, 269, 293.}

Tem-se comentado bastante na literatura as dificuldades na avaliação de atitudes^{138, 280}, especialmente porque os métodos mais aceitos são particularmente laboriosos e sofisticados. Por esse motivo privilegiou-se a avaliação a nível de conhecimento com relação à saúde e na outra extremidade da escala - da prática correspondente (construção de fossas, de hortas e outras). Essa metodologia parece-nos mais reproduzível nas condições em que trabalham os serviços rurais no país. Não se pode desprezar, entretanto, o fato de que, por vezes, o conhecimento é modificado, são geradas novas atitudes, mas dificuldades, especialmente as de ordem econômica, tolhem a ação¹⁷⁷. No relativo às comunidades estudadas é possível que tenha sido esse o caso no referente ao problema do abastecimento de águas. Ainda com relação a este aspecto, tem-se destacado os elevados custos dos sistemas rurais de abastecimento de águas, ainda que simplificados^{37, 32}. Chico Romero⁶⁶, destaca que os sistemas simplificados de saneamento básico rural somente são viáveis para comunidades de 2 mil habitantes ou mais. No caso de comunidades do porte das estudadas, além da intensa participação do pessoal auxiliar na solução do problema, como tem sido preconizado¹⁵⁵, imaginamos que uma colaboração intersetorial¹⁴⁰, articulando-se a solução de saneamento dentro de um projeto de desenvolvimento rural integrado, especialmente com o setor agropecuário, poderia oferecer uma perspectiva de solução para o problema. Ainda neste caso dever-se-ia pensar em soluções ultrasimplificadas, como simples proteção de mananciais, abertura de regos, etc. No caso de Canela por exemplo, verificou-se uma mudança de utilização de rio-cacimba para a fonte (tabela 43 e figura 9). Podemos supor que a população que assim agiu certamente colaboraria na pro-

teção do manancial que existia a uns dois mil metros da localidade, bem como na abertura de um rego que trouxesse a água até os moradores. Enquanto isso não ocorre a utilização de desinfecção química (hipoclorito de sódio, no caso das comunidades trabalhadas) tem sido também utilizada na literatura (d'Anglejan⁷², 1964, na França utilizou Lugol).

Outro aspecto bastante ventilado na literatura tem sido a utilização dos auxiliares na personalização do atendimento, quer como defensores dos interesses da população que lhes é muito próxima cultural e afetivamente^{244, 151, 249}, quer simplesmente corrigindo a distorção do tratamento impessoal que a medicina moderna tende a conduzir^{287, 144, 92, 115, 91}. Este aspecto é ainda mais importante no meio rural, que se caracteriza pelo destaque às relações primárias - interpessoais e interfamiliares. A esse fato agrega-se o efeito-demonstração obtido da própria conduta do auxiliar, que parece ter assumido importância em alguns programas^{132, 276}. Essas facetas que foram notadas também na presente experiência certamente contribuem para explicar a grande aceitação que os auxiliares rurais têm no seio das comunidades em que trabalham^{260, 293, 213, 107, 3}, com raras exceções, estas ocorrendo quando o treinamento lhes transmite vieses culturais do pessoal profissional de saúde, como se observou na África (Van Etten²⁶⁶, 1975).

As modificações não diretamente associadas à atividade do auxiliar de saúde (no caso do presente trabalho, as alterações nos meios de obtenção de informações, nos hábitos com relação ao fumo, e talvez as relativas à periodicidade de viagem) e que, de certa forma, se traduziram por uma certa movimentação nas comunidades (em Silvanópolis a comunidade pediu que a atendente ministrasse à noite aulas de alfabetização, o que evidentemente foi atendido), tem sido descritas na literatura, sendo que Bronson⁵⁰, 1962, as denomina de efeito bola-de-neve ("snow ball effect"), esse efeito se traduz na intensificação da atividade comunitária em setores ou em aspectos não relacionados diretamente ao trabalho inicial.

Ainda é digna de comentário a função do atendimento primário de saúde no meio rural como fixador de populações. A literatura tem destacado a importância desse aspecto^{5, 282, 166}. Esse fato não foi notado no presente trabalho, não somente face à intensa mobilidade populacional observada, como tam-

bém por ter sido o serviço de saúde rarissimamente apontado como motivo da procura ou permanência no local (tabelas 22 e 26).

Além dos comentários a respeito de que aspectos da ação de saúde atingiram seus objetivos e que outros aspectos não o fizeram de forma completa ou deixaram de fazê-lo, que resumiremos nas Conclusões, sempre surge a questão daqueles segmentos da comunidade que não foram passíveis de mobilização pelo trabalho. Alguns estudos identificam uma relação muito nítida entre o melhor padrão sócio-econômico e maior participação da comunidade¹²⁴. Dentro das limitações já mencionadas, tal fato pelo menos não parece ser tão evidente no caso das comunidades estudadas. Nesse sentido, haveria interesse no relaciona-mento de uma série de variáveis dependentes (Qualidade de Habitação, Nota de Saúde, Utilização de Recursos de Saúde e outras) com outra série de variáveis (independentes) que pudessem explicar, pelo menos em parte, o comportamento dos segmentos menos colaborativos da comunidade. Esse é um tipo de análise que buscaremos empreender em prosseguimento ao presente trabalho. Um outro aspecto de interesse, já que se verificou uma proporção apreciável de construção de fossas, seria o estudo da evolução das comunidades no que se refere ao problema da verminose. Esse estudo avaliaria o uso efetivo das privadas, especialmente diante do fato de que parte das famílias trabalha no campo e possivelmente não teria oportunidade de utilizar sempre a fossa construída. Nesse sentido, já existe um estudo "antes"relativo à verminose na comunidade de Taquaruçu, que revelou uma prevalência de 94,7% de infestação verminótica, com predominância de ãscaris (59,6%) e ancilóstomos (59,6%) (Dados do Serviço de Saúde do Município)

Os achados da presente investigação sugerem como possíveis "indicadores de impacto" para serviços de saúde rurais com utilização de pessoal auxiliar de formação elementar:

- proporção de novas fossas contruídas;
- proporção de novas hortas plantadas;
- aumento de cobertura de vacinações;
- diminuição da procura primária dos serviços urbanos anteriormente demandados.

Poderíamos alinhar algumas sugestões resultantes dos achados do estudo, no sentido de aumentar a eficácia dos servi

ços rurais em Porto Nacional:

- Intensificar o programa de construção de fossas em Ipoeiras (facilitando a confecção de lages).
- Buscar recursos para a solução simplificada do problema do abastecimento de águas (construção de alguns poços protegidos ou de rego) nas três comunidades. Enquanto tal não ocorre, buscar manter constante o fornecimento de hipoclorito de sódio.
- Estudar conveniência de estimular as populações das três comunidades para um destino mais adequado do lixo (queima ou enterramento).
- Intensificar os programas de vacinação, se necessário utilizando a oportunidade das visitas de supervisão.
- Expandir para as comunidades rurais o programa de melhoria habitacional pelo sistema de "mutirão".
- Repetir periodicamente o inquérito nas comunidades visando não somente a avaliar novos progressos da ação dos Postos, como também a identificar eventuais retrocessos em ganhos já alcançados.

VII. CONCLUSÕES

O estudo realizado leva-nos a concluir o seguinte:

1. Não foi possível identificar alterações nos indicadores de saúde sob a ação do serviço de saúde rural, ao que tudo indica devido ao curto período de tempo em que foi realizado o estudo (aproximadamente um ano e seis meses) e principalmente ao pequeno porte das comunidades estudadas.

2. Houve modificações no padrão declarado de utilização de serviços de saúde com diminuição da procura primária de serviços na sede municipal pelas gestantes e principalmente pela população em geral. Houve diminuição acentuada na procura declarada do sistema informal de saúde.

3. Ocorreu piora na cobertura de vacinação antivaricelosa em adultos e crianças, possivelmente relacionada à chegada às comunidades de populações interioranas não imunizadas. Não houve praticamente alteração na proporção de gestantes vacinadas e houve progresso na vacinação de crianças com as vacinas tríplice e Sabin e de adultos com a vacina antitetânica. Não foram atingidas porém as metas programadas (80% da população alvo). Estes resultados modestos devem-se possivelmente à carência de imunizantes em toda a região à época do estudo.

4. De acordo com a avaliação efetuada por meio de notas ponderadas atribuídas por juizes, ou não ponderadas atribuídas por um só examinador de acordo com critérios previamente estabelecidos, houve incremento no grau de informação com relação à saúde em todas as comunidades estudadas. Guardadas as limitações metodológicas relacionadas à aplicação de testes de significância a grupos de indivíduos que, a rigor, não constituem amostras, senão face a um artifício conceitual (consideração do universo constituído pelo conjunto das pequenas comunidades rurais isoladas do norte de Goiás ou mesmo da Amazônia Oriental) as modificações encontradas revelaram-se significantes (α menor que 0,5%).

5. De acordo com a avaliação efetuada por intermê-

dio de notas não ponderadas, atribuídas por um só examinador com base em critérios previamente aprovados por técnicos de saúde com experiência na região, houve incremento na qualidade da habitação em todas as comunidades estudadas. Guardadas as mesmas limitações metodológicas mencionadas no item anterior, essas modificações mostraram-se da mesma forma significativas (α menor que 0,5%). Ao buscar discriminar entre as variáveis componentes deste índice, concluímos que as mudanças se deveram em grande parte à melhoria do destino dos dejetos (construção de fossas secas); secundariamente a melhorias na qualidade da captação de água para o abastecimento, melhoria nas paredes, tetos e aumento na quantidade de filtros; e praticamente não se beneficiavam com melhorias no destino do lixo doméstico.

6. Além do aumento no número de hortas (de 4,4% para 66,7% das famílias), verificaram-se mudanças em outros aspectos da comunidade, não previstos no planejamento inicial do trabalho, como a utilização mais intensiva do rádio como meio de comunicação bem como aumento da proporção de famílias possuidoras de rádio; aumento da frequência das viagens e mudança dos hábitos declarados com relação ao fumo, com diminuição dos usos tradicionais (aspirar e mascar). Se estas últimas modificações puderem ser associadas à presença do atendente rural na comunidade, como aparentemente ocorre, podemos dizer que essa presença teve um impacto modernizador sobre as comunidades trabalhadas.

7. Não foram identificados efeitos colaterais negativos da operação do posto rural. A época do desmame não foi antecipada, como era possível se temer diante do processo de transformações sociais e culturais desencadeadas, aparentemente, pela presença do posto rural.

8. O modelo de investigação do tipo quase-experimental, no caso específico deste trabalho, foi prejudicado no seu rigor por algumas ocorrências fora do controle do investigador, fazendo com que a comunidade testemunho o fosse com várias restrições. No entanto, sua inclusão no estudo se mostrou benéfica pois agregou conhecimentos ao simples inquérito "antes/depois" que seria conduzido caso a mesma não tivesse sido envolvida.

9. A metodologia utilizada, incluindo o modelo de investigação quase-experimental é, ao que tudo indica, passível de ser aplicada com sucesso em estudos semelhantes em comunidades rurais no interior do Brasil, envolvendo pessoal de escolaridade elementar na realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL - SMITH, B. - The Cost of Medical Care in Nineth CIOMS Round Table Conference. 19 - 21 Aug. 1974. pp.121-144. Rio de Janeiro, 1975.
- * 2. ACUÑA, H. R. - La Comunidad y el Desarrollo de los Servicios Primarios de Salud. Educ. Med. Salud., 11: 103-8, 1977.
3. _____ - Editorial - El Ayudante Medico. Bol. Of. Sanit Panamer., 82: 473-77, 1977.
4. ADEMUWAGUN, Z.A. - The Relevance of Yoruba Medicine Men in Public Health Practice in Nigeria. Public Health Rep., 84: 1085-91, 1969.
5. ADEVA CANDENAS, J. - El Centro Sanitario y Social Rural - Rev. Sanid. Hig. Publica, Madrid, 44: 639-48, 1970.
6. AHMAD, A. bin - The twin problems of rural poverty and ill health. Med. J. Malaya, 18: 235-8, 1964.
7. ALLMAN, M.M. - Rural Health in India: A Visit to a Remote Health Centre. Int. Nurs. Rev., 14: 45-9, 1967.
8. ALVAREZ AMEZQUITA, J. - La atención obstetrica en el medio rural. Salud Publica Mex., 5: 859-63, 1963.
9. AMADOR GARCIA, M. - Enfermedad y condiciones de vida. Rev. Cuba. Med., 2: 34-45, 1963.
10. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION - The State of the Art of Delivering Low Cost Health Services in Developing Countries - A Summary Study of 180 Health Projects. Washington, 1977.
11. ANÔNIMO - Rural Medical Practitioners in Andhra Pradesh and West Godavary District. J. Indian Med. Assoc., 55: 293-4, 1970.
12. ANTIOQUIA MEDICA. Editorial - La Medicatura Rural. Antioquia Medica, 16: 461-3, 1966.
13. ARBONA, G. - Rural Health. Israel J. Med. Sci., 4: 553-68, 1968.
14. ASHCROFT, M.T. et al. - Heights and weights of infants and children in a rural community of Jamaica. J. Trop. Pediat., 11: 56-68, 1965.
15. _____ - Heights and Weights of Adults in Rural and Urban Areas of Jamaica. Brit. J. Prev. Soc. Med. 20: 22-6, 1966.
16. ASIEL, M. - Comparation des enfants d'une région rurale et d'un quartier urbain. Les absences du foyer. Arch. Belg. Med. Soc., 22: 359-90, 1964.

17. AZEVEDO, A. C. - Relatório de Viagem à Colômbia, Venezuela, Peru e Chile visitando serviços rurais de saúde. Porto Nacional, Go. Unidade Mista de Porto Nacional, OSEGO, 1971. [Mimeografado].
18. _____ - Experiência de um programa de profilaxia medicamentosa coletiva de malária no sudeste do Pará, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 245-53, 1972.
19. _____ - Saúde Pública no Estado de Goiás com Ênfase na Unidade Mista de Porto Nacional. Rev. Pat. Trop., 2: 1-40, 1973.
20. _____ - Integração dos Serviços de Saúde a Nível Periférico - Experiência de Comunidade da Amazônia, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7: 389-403, 1973.
21. _____ - Hospital como instrumento de medicina integral. Rev. paul. Hosp., S. Paulo, 8: 354-364, 1974.
22. _____ - Cinco Anos de Cirurgia na Amazônia. Brasília Médica, 10: 85-92, 1974.
23. BACKETT, E. M. & England, R. - How Barefoot? Next steps for the medical auxiliary. Lancet 2: 1137-8, 1975.
24. BAGGHI, S. C. et al. - A study of water supply in rural health centre, Sarojini Nagar, Lucknow District. Indian J. Med. Sci., 16: 1048-62, 1962.
25. BALDÓ, J. I. - El Problema de la Medicina en el Medio Rural. Rev. Venez. Sanid. Assist. Soc.-Suppl., 4: 20-31, 1961.
26. BALL, J. R. - The Utilization of Physician Assistants in Geographically Remote Areas. Tex. Rep. Biol. Med., 32: 215-21, 1974.
27. BAMBERGER, L. - Health Care and Poverty. Bull. N. Y. Acad. Med., 42: 1140-9, 1966.
28. BANERJEE, A. K. - Cost Benefit Analysis of Health Measures at Local Level: a plea for a pilot project. Indian J. Public Health, 16: 141-5, 1972.
29. BANERJI, S. C. et al. - Study of the factors and attitudes of Medical Officers working at primary Health Centres in Uttar Pradesh. Indian J. Med. Sci., 19: 789-94, 1965.
30. BARRO, G. et al. - Le Strutture Sanitarie dei Comuni Dell' Umbria: Distribuzione dei servizi e loro costo. Ig. Mod., 60: 750-71, 1967.
31. BARROS VIEIRA, C.A. - Extensão de Cobertura no Brasil - Crise e Reforma do Sistema de Saúde, Brasília, XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1978 [Mimeografado].

32. BARTROP, T.H.C. - Some Environmental Health Problems in Rural Areas. Royal Soc. Health J., 93: 3-7, 1973.
33. BDAYA - NGARO, S. - A República Centro Africana prepara o futuro. A Saúde do Mundo 26-7, junho, 1972.
34. BEAN, I.W. - Future Manpower Needs in General Practice. Canad. Med. Ass. J., 97: 1573-7, 1967.
35. BECERRIT HENRIQUEZ, D. - Aportes de Enfermeria al Programa de Medicina Simplificada en Venezuela, Caracas, IX Congresso Interamericano de Enfermeria, 1970. [Mimeografado].
36. BELATTI, R. G. - 22nd Annual National Conference on Rural Health. S. Dakota J. Med., 22: 28-30, 1969.
37. BELLIN, S.S. - Impact of Ambulatory-Health-Care Services on the Demand for Hospital Beds - A Study of the Tufts Neighborhood Health Center at Columbia Point in Boston. New England J. Med., 280: 808-12, 1969.
38. BENNETT, J.F. et al. - The Role of a Rural Health Center in the Teaching Program of a Medical School in East Africa. J. Med. Educ., 40: 690-9, 1965.
39. BICKNELL, W.J. - Alaskan Rural Health Programs - New Directions. Can. J. Public Health, 61: 497-502, 1970.
40. BLOCH, D. - Role Change of Public Health Nurses Working with Indigenous Aides. Public Health Rep., 83: 811-9, 1968.
41. BLUM, H.L. - The Multipurpose Worker and Neighborhood Multiservice Center: Initial Experiences and Implications of the Rodeo Community Service Center. Amer. J. Public Health, 58: 458-68, 1968.
42. BO, G. et al. - Inchiesta Sulle Condizioni Igieniche Delle Abitazioni di Tre Zone Rurali Dell'oltrepo Pavese. Ann. Sanit. Pubblica, 28: 315-39, 1967.
43. BRASIL - Manual para o Programa de Penetração Rural. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde Pública - Divisão Nacional de Organização Sanitária, 1974.
44. _____ - Projeto de Assistência Médica Simplificada através de Mini-Postos. João Pessoa, R. N., Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte - Associação Nordestina de Crédito e Assistência Rural - ANCAR - RN, 1974.
45. _____ - Anuário Estatístico. vol. 38. Rio de Janeiro, Fundação I.B.G.E., 1977.

- * 46. _____ - Diretrizes para o Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília, Ministério da Saúde - Secretaria Geral, PIASS-PREPPS, 1977. [Mimeografado].
- * 47. _____ - Ocupações de Nível Médio do Setor Saúde. Brasília, Ministério da Saúde - Secretaria Geral - Secretaria de Recursos Humanos, 1978. [Mimeografado].
- * 48. _____ - Avaliação do Desenvolvimento de Recursos Humanos de Nível Elementar para o Módulo Básico - Atendente de Saúde Pública. Brasília, Ministério da Saúde - Secretaria Geral - PIASS-PREPPS, 1979. [Mimeografado].
- * 49. _____ - Relatório de Atividades e Desenvolvimento do PIASS até Dezembro de 1978. Brasília, Ministério da Saúde - Secretaria Geral, 1979. [Mimeografado].
- 50. BRONSON, R.M. - The Peridot Water Project. Phoenix, Arizona, United States Public Health Service - Division of Indian Health, 1969. [Mimeografado].
- 51. BROWN, H.W. - Lessons from the Rural Economy of Guatemala. Ann. N.Y. Acad. Sci., 166: 1014-6, 1969.
- 52. BROWN, R. E. - Augmenting Medical Care in the Remote Areas of Developing Nations. Clin. Pediat., 5: 582-4, 1966.
- 53. BROUELLE, J. & CHASTELAND, J.C. - Enquete sur L'Éducation Sanitaire dans le Millieu Rural du Département de L'Aisne. Rev. Hyg. Med. Soc., 11: 291-329, 1963.
- 54. BRUBECK, T.E. - Alaskan villages receive human services. H.S.M.H.A. Health Reports, 87: 121-5, 1972.
- 55. CALLAN, L.B. - A Conceptual Framework for Consideration in the Utilization of Health Aides. Am. J. Public Health, 61: 979-87, 1971.
- 56. CAMPBELL, D.T. et al. - Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Chicago, Rand McNally, 1963.
- 57. CANTRELLE, R. - Zone d'influence d'un dispensaire rural. Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. Franc., 11: 720-2, 1966.
- 58. CARTER, L.J. - Rural Health: O.E.O. Launches Bold Mississippi Project. Science, 156: 1466-8, 1967.
- * 59. CASTELLANOS ROBAYO, J. - Situaciones de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria. Bol. Of. Sanit. Panamer., 82: 478-92, 1977.
- * 60. CEITLIN, J. - Medicina de la Comunidad. Caracas, Federación Panamericana de Facultades de Medicina - Fundación Kellogg, 1978.

61. CHANG, K. - Health work serving the peasants. Chin. Med. J., Peking, 85: 143-9, 1966.
62. CHANG, W.P. - Development of Basic Health Services in Ethiopia. J. Formosan Med. Ass., 68: 306-21, 1969.
63. CHAPPEL, J.N. et al. - Health Survey on a rural Malay population, F.L.D.A., Sugai Tekam, Pahang. Med. J. Malaya, 19: 191-200, 1965.
64. CHEN, P.C.Y. - The Medical Auxiliary in Rural Malaysia. Lancet, 1: 983-5, 1973.
65. CHERKASKY, M. - Medical Manpower Needs in Deprived Areas. J. Med. Educ., 44: 126-31, 1969.
66. CHICO ROMERO, R.A. - Financiamiento de los Programas de Abastecimiento de Agua por Comunidades Rurales en El Salvador. Bol. Of. Sanit. Panamer., 69: 141-6, 1970.
67. CHINESE MEDICAL JOURNAL. - Health Revolution in Kwangsi Rural Areas. Chin. Med. J., 3: 100-2, 1977.
68. CLARK, F.B. et al. - New Staff for Public Health. Public Health Rep., 83: 150-4, 1968.
69. CLINICAL PEDIATRICS - Editorial - Future Comprehensive Health Care for All People. Clin. Pediat., Phila. 9: 196-200, 1970.
70. CONOVER, W.J. - Practical Non-Parametric Statistics. New York, John Wiley & Sons, 1971.
71. CROFT LONG, E. et al. - Health Care Extension Using Medical Auxiliaries in Guatemala. Lancet, 1: 127-30, 1974.
72. D'ANGLEJAN, G. et al. - L'Eau Potable a la Campagne. Concours Med., 86: 4269-76, 1964.
73. DAVIDSON, L. - Training Doctors for Africa. Lancet, 1: 599-601, 1964.
74. DEL MUNDO, F. et al. - Observations on Health Attitudes and Preparation for Illness Among 150 Rural Families in the Philippines. J. Philipp. Med. Ass., 41: 657-66, 1965.
75. DENISTON, O.L. et al. - The validity of Non-experimental Designs for Evaluating Health Services. Health Serv. Res., 88: 153-64, 1973.
76. DISSEVELT, A.G. et al. - An Antenatal Record for Identification of High Risk Cases by Auxiliary Midwives at Rural Health Centres. Trop. Geogr. Med., 28: 251-5, 1976.
77. DOROZYNSKI, A. - Doctors and Healers. Ottawa, International Development Research Centre, 1975.

78. DRUCKER, P.T. - Management - Tasks, Responsibilities, Practices. New York, Harper and Row, Publishers, 1974.
79. EDINGTON, M.E. et al. - Disease Patterns in a South African Rural Bantu Population, including a Commentary on Comparisons with the Pattern in Urbanized Johannesburg Bantu. South Africa Med. J., 46: 968-76, 1972.
80. ELINSON, J. & HERR, C. - A Sociomedical View of Neighborhood Health Centers. Med. Care, 8: 97-103, 1970.
81. ELLIOT, K. - Using medical auxiliaries: some ideas and examples, in Intermediate Technology Development Group. Health Manpower and the Medical Auxiliary. London, I.T.D.G., 1971.
82. ENEBOE, P. - The village medical aides - Alaska's unsung, unlicensed and unprotected physicians. Alaska Med., 11: 144-7, 1969.
83. ENGLISH, J.T. - New Challenges for Physicians in the War on Poverty. J. Nat. Med. Ass., 60: 38-41, 1968.
84. _____ - Dimensions of Poverty. Amer. J. Nurs., 69: 2424-8, 1969.
85. ENNEVER, O. et al. - A Community Health Aide Training Programme. W. Indian Me. J., 1: 193-201, 1969.
- * 86. EIBENSCHUTZ, C. - Tecnicos en Salud Comunitaria. Educ. Med. Salud., 3: 293-301, 1976.
87. EICHELBERGER, C.I. et al. - Arizona Education Program develops indigenous health manpower. J. Am. Diet. Ass., 71: 143-6, 1977.
88. EISEMAN, B. et al. - Experiments in delivery of surgical care. Surgery, 67: 725-6, 1970.
89. E.U.A. - Health Aides Manual. Anchorage, Alaska, U.S. Department of Health Education and Welfare - Indian Health Service, 1972.
90. FAVAZZA, A.R. - Mental Health Paraprofessionals: Indigenous and Middle Class. Am. J. Public Health, 64: 907-8, 1974.
91. FENDALL, N.R. et al. - Tripanosomiasis Control in Relation to Other Public Health Services. Bull. W.H.O., 28: 787-95, 1963.
92. _____ - Health Centres: a basis for rural Health Services. J. Trop. Med. Hyg., 66: 219-32, 1963.
93. _____ - Auxiliary Health Personnel: Training and Use. Public Health Rep., 82: 471-9, 1967.
94. _____ - Auxiliaries in Health Care - Programs in Developing Countries. Baltimore, The John Hopkins Press, 1972.

95. _____ - (Auxiliares Médicos) Seus Predecessores.
A Saúde do Mundo, 6: 3-7, 1972.
96. _____ - Auxiliaries and Primary Medical Care. Bull N.Y. Acad. Med., 48: 1291-303, 1972.
97. FLAHAULT, D. - O indispensável auxiliar médico. A Saúde do Mundo, 6: 8-15, 1972.
98. _____ - La Formación de Personal de Sanidad Rural.
W.H.O. Chron., 26: 267-74, 1972.
99. FERNÁNDEZ, N.A. et al. - Nutritional Status of People in Isolated Areas of Puerto Rico. Amer. J. Clin. Nutr., 17: 305-16, 1965.
100. FERNANDO, M.A. - Morbidity and Medical Care in Ceylon (a study of 22500 families). Ceylon Med. J., 9: 26-36, 1964.
101. FIELD, M.G. - Health Personnel in the Soviet Union: Achievements and Problems. Amer. J. Public Health, 56: 1904-20, 1966.
102. FORTUINE, R. - Availability and Use of Medical Services in an Alaskan Eskimo Community. Public Health Rep., 84: 845-56, 1969.
103. FUYU MEDICAL TEAM - How we operated a Small Hospital in the Countryside. China Med., 6: 347-50, 1968.
104. GANDHI, H.S. et al. - General Health Survey in Rural Health field training centre. Kalianpur Kanpur. Indian J. Med. Sci., 19: 355-67, 1965.
105. GARCIA MANZANEDO, H.-Características Socioculturales de la participación de la Comunidad en programas de salud pública. Salud Publica Mex., 10: 447-51, 1968.
106. _____ - Estudio Sociocultural sobre integración de los sistemas de Salud y participación de la Comunidad. Bol. Of. Sanit. Panam., 84: 169-206, 1978.
107. GARTNER, A.H. et al. - Primary Health Care in Coffee Growing Communities of Valle del Cauca Department. Cali, Colombia, Ministry of Health, 1978.
108. GENTILE DE MELO, C. - A Interiorização da Medicina no Brasil. Rev. Paul. Hosp., 20: 15-24 (passim.), 1972.
109. GISH, O. - Towards an appropriate health care technology. in Intermediate Technology Development Group, Health Manpower and the Medical Auxiliary. London, I.T.D.G., 1971.
110. GONZALEZ, C.L. - Requisitos Mínimos de los Servicios Rurales de Salud para Sustentar los Programas de Erradicación de la Malaria. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 55: 146-63, 1963.

111. _____ - Servicios Integrados de Salud. Bol. Of. Sanit. Panamer., 62: 314-22, 1967.
112. _____ - Atención Médica a la Población Dispersa. Experiencia en Venezuela. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64: 93-102, 1968.
113. GONZALEZ, J.L. et al. - Expanding Roles for Health Assistants in a Model Cities Health Program. Health Serv. Rep., 89: 145-51, 1974.
114. GRAHAM, J.D. - Up Country Medical Practice in Kenya. Canad. Med. Ass. J., 99: 309-13, 1968.
115. GREMLIZA, F.G. - A method for measuring the quality of village conditions in less developed rural areas. Amer. J. Public Health, 55: 107-15, 1965.
116. HARRIS, M. - Experience of two years in a West Midlands Group Practice. Nurs. Times, 66: 1403-3, 1970.
117. HARRISON, T.J. - Training for Village Health Aides in the Kotzebue area of Alaska. Public Health Report, 80: 565-72, 1965.
118. HART, C. - The changing pattern of rural practice. Practitioner, 195: 83-90, 1965.
119. HASLER, J.C. et al. - Development of the Nursing Section of the Community Team 1. Nurs. Times, 65: Suppl: 32, 1969.
120. HENRY, R. A. - Use of Physician's Assistant in Gilchrist County, Florida. Health Serv. Rep., 87: 687-92, 1972.
121. HILL, K. R. - Intermediate Technology in Medicine in Intermediate Technology Development Group. Health Manpower and the Medical Auxiliary. London, I.T.D.G., 1971.
122. HODGDON, L. L. - Psychological and Sociological Factors in Rural Change. J. Indian Med. Ass., 40: 289-92, 1963.
123. HOFF, W. - Guidelines for the use of Health Aides in Migrant Projects. Washington, National Institute for New Careers, New Careers Perspectives Series No 7, 1969.
124. _____ - Why Health Programs Are Not Reaching The Unresponsive in Our Communities. Public Health Rep., 84: s.n., 1969.
125. _____ - Training The Disadvantaged as Home Health Aides. Public Health Rep., 84: 617-23, 1969.
126. _____ - Role of the Community Health Aide in Public Health Programs. Public Health Rep., 84: 998-1002, 1969.

127. HU, T. - The Financing and the Economic Efficiency of Rural Health Services in the People's Republic of China. Int. J. Health Serv., 6: 239-49, 1976.
128. HUANG CHIA-SSU - Our Medical Team in the Countryside. Chin. Med, J., Peking, 84: 800-3, 1965.
129. ILLICH, I. - A Expropriação da Saúde - Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.
130. INDIAN HEALTH SERVICE - To the First Americans - The Third Annual Report on the Indian Health Program of the United States Public Health Service. Washington, Indian Health Service, 1969.
131. INDIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL - Editorial - Providing work for Rural Practitioners. J. Indian Med. Ass., 52: 184-5, 1969.
132. THE JOURNAL OF PEDIATRICS - Editorial - Theory and Practice in health services research. J. Pediatr., 83: 184-6, 1973.
133. JYOTHI, K. K. et al. - A study of the socio-economic, diet and nutritional status of a rural community near Hyderabad. Trop. Geogr. Med., 15: 403-10, 1963.
134. KAFUKO, G. W. - Organization of Health services with limited professional manpower. Israel J. Med. Sci. 4: 599-613, 1968.
135. KAMPMEIER, R. H. - Comprehensive Medical Care in a Rural Setting: Possible Roles of the Public Health and rehabilitation Professions. Southern Med. J., 60: 419-28, 1967.
136. KAUR, R. A. - Education and its impact on rural health. J. Indian Med. Ass., 40: 285-9, 1963.
137. KELLY, C.H. - Fighting Poverty with Health Care. Amer. J. Nurs., 68: 282-9, 1968.
138. KENNEALY, H.J. - The Philosophy of Good Tribal Relations. Phoenix, Arizona, United States Public Health Service - Division of Indian Health, 1962.
- *139. KESIĆ, B. - Adiestramiento y empleo de personal auxiliar en salud publica en America Latina. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 60: 469-85, 1966.
140. _____ - Rural Health Problems and Some Aspects of their Solution. Israel J. Med. Sci., 4: 544-52, 1968.
141. KEYSER, J. - Upgrading Rural Health Standards. A Turkish Case. Soc. Sci. Med., 8: 421-3, 1974.

142. KING, M. - O Assistente Médico - Uma necessidade na África. A Saúde do Mundo, 6: 23-5, 1972.
143. KLIGERMAN, M.M. - Regional Medical Programs - An Opportunity for Cooperative Effort. Amer. J. Roentgen, 102: 956-61, 1968.
144. KNOFF, L. - A Community gets a Health Center. Amer. J. Nurs., 70: 1498-501, 1970.
145. KO, U. K. - Auxiliary Personnel in Community Health. Indian J. Public Health, 15: 145-7, 1971.
146. KRUG, P. - The Debate over Delivery of Health Care in Rural Russia: The Moscow Zemstvo, 1864-1878. Bull. Hist. Med., 50: 226-41, 1976.
147. LAIB, A. M. et al. - O que ocorreu na Argélia. A Saúde do Mundo, 6: 17-20, 1972.
148. LAMB, C. R. Jr. et al. - Some maternal health problems of rural community - adequacy of prenatal care and attitudes toward choice of delivery. N. Carolina Med. J., 25: 341-51, 1964.
149. LEPPER, M. H. et al. - Approaches to meeting health needs of large poverty populations. Amer. J. Public Health, 57: 1153-7, 1967.
150. LERNER, M. - Conceptualization of Health and Social Well Being, in BERG, R.L. - Health Status Indexes. Chicago, Hospital Research and Educational Trust, 1973.
151. LIANG, M. H. - An Introductory Course in Prescription Drugs for Community Health Workers, Developed by a Systems Approach. Am. J. Public Health, 66: 290-3, 1976.
152. LLOYD, W. - Training and use of Members of the Community that is Served by the Center. Bull. N.Y. Acad. Med., 45: 1357-9, 1969.
153. LOPEZ, V. M. - Inmunización Domiciliaria en Debajuro. Alcances y Proyecciones. Rev. Venez. Sanid. Asist. Soc., 26: 940-3, 1961.
154. LOWE, R. C. et al. - The family as the unit of health care. Observations in a rural state. J. Okla. Med. Ass., 57: 129-35, 1964.
155. LUDWIG, H. F. et al. - Metodo Global para Estabelecer Sistemas Rurales de Abastecimientos de Agua. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64: 509-18, 1968.
156. MACLEAN, C.M.U. - Yoruba Mothers: A Study of Changing Methods of Child-rearing in Rural and Urban Nigeria. J. Trop. Med. Hyg., 69: 253-63, 1966.

157. MACNERNEY, W. J. - Comprehensive Personal Health Care Services: a Management Challenge to the Health Professions. Amer. J. Public Health, 57: 1717-27, 1967.
158. MACVICAR, N. - The Letters of Dr. Neil Macvicar of Blantyre. The Central Afr. J. Med., 15: 18, 1969.
159. MANZANO, E. - Experiência Médica em Porto Nacional, Goiás - Atuação em Grupo como elemento de Promoção do Homem na Amazônia. Revta. paul. Med., 80: 35-8, 1972.
- X 160. MARCONDES, R.S. et al. - Educação em Saúde Pública - Conceitos Básicos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1977. [Mimeografado].
- X 161. _____ - Educação em Saúde Pública: Conceituação, Objetivos e Princípios. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Departamento de Prática de Saúde Pública, 1979. [Mimeografado].
162. MARIA VIOLETA, IRMÃ - Conceição do Araguaia. Rev. Paul. Med., 72: 205-17, 1968.
163. MARTENS, E.G. - Culture and Communication on Training Indians and Eskimos as Community Health Workers. Can. J. Public Health, 57: 495-503, 1966.
164. MASCAREÑO SAUCEDA, F. et al. - Necesidad, Utilización y Capacitación de Personal Auxiliar Voluntario en Programas de Salud. Bol. Of. Sanit. Panamer., 82: 7-13, 1977.
165. MCCANN, W. - The Family Health Worker. Ann. N.Y. Acad. Sci., 196: 68, 1972.
166. THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA - Editorial - Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. Med. J. Aust., 1: 857-8, 1976.
167. MESSING, S.D. - Health Practices in Ethiopian Pre-Urban Communities. J. Health Hum. Rehab., 7: 272-6, 1966.
168. MICHAEL, L.A. - Scope of ancillary (paramedical) staff in group practice. A preliminary report. J. R. Coll. Gen. Pract., Suppl., 2: 50-63, 1970.
169. MICHAUD, F. - Le Médecin Rural au temps de la planification. Concours Med., 85: 5455-6, 1963.
170. MOLINA, G. et al. - The health officer and community participation. Bol. Of. Sanit. Panam., 83: 93-105, 1977.
171. MONEKOSSO, G.L. - Clinical survey of a Yoruba village. W. Afr. Med. J., 13: 47-59, 1964.
172. MONTENEGRO, L. et al. - Novas observações higiênico-sociais no núcleo agrícola japonês da estrada Manaus-Itacoa

- tiara, Estado do Amazonas. Hospital, Rio, 63: 1355-60, 1963.
173. MOORE, F.I. et al. - Important Variables Influencing Successful Use of Aides. Health Serv. Report, 87: 555-61, 1972.
 174. MORRIS, J.N. - Doctors for what? Medical Care Tomorrow. Brit. J. Med. Educ., 2: 118-20, 1968.
 175. MOTT, F. - Some Aspects of Health Care in Rural Nigeria. Stud. Fam. Plann., 7: 109-14, 1976.
 176. MULLER, C. - Health at What Price? Some Notes for Comprehensive Planners. Amer. J. Public Health, 59: 651-6, 1969.
 177. MUÑOZ de CHÁVEZ, M. et al. - Los Programas de Educación Nutricional en el Medio Rural. Salud Publica Mex., 11: 83-92, 1969.
 178. MYLREA, K. C. et al. - Considerations in the Development of Remote Health Care Systems. Biomed. Sci. Instrum., 8: 1-4, 1971.
 179. NACHMIAS, D. et al. - Research Methods in Social Sciences New York, St. Martin's Press, 1976.
 180. NELSON, E.C. et al. - Patients Acceptance of Physician Assistants. J.A.M.A., 228: 63-67, 1974.
 181. NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL - The Feldscher in the U.R.S. S. N. Z. Med. J., 74: 261-2, 1972.
 182. NIE, N. et al. - Statistical Package for the Social Sciences. New York, Mc Graw Hill Book Company, 1975.
 183. OBRINSKY, W. - The Role of Voluntary and Governmental Groups of Physicians. Amer. J. Dis. Child., 116: 472-8, 1968.
 184. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Utilizacion du personnel Auxiliaire dans les Services de Santé Ruraux: Une Experience au Zaïre - Equipe du Projet Kasongo. Bull. Organ. Mond. Santé, 54: 625-32, 1976.
 185. _____ - Les Services de Santé Rurale en Amérique Latine. W.H.O. Chron., 22: 474-8, 1968.
 186. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - La aplicación de los nuevos descubrimientos tecnológicos a la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad - Resumen. Salud Publica Mex., 11: 251-64, 1969.
 - *187. _____ - La formación y la utilización de los feldshers en la U.R.S.S. W.H.O. Chron., 26: 332-5, 1972.
 - *188. _____ - El Ayudante de Medicina - Personal de Asistencia Sanitaria de grado intermedio. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.

189. _____ - Asistencia Sanitaria a Colectividades Ru-
rales. W.H.O. Chron., 29: 276-82, 1975.
190. _____ - La Situación Sanitaria en Africa. Cronica
de la O.M.S., 30: 3-5, 1976.
191. _____ - Health care in rural areas. W.H.O. Chron.
30: 11-7, 1976.
192. _____ - Conferencia de Alma-Ata sobre Atención
Primaria de Salud. Cronica de la O.M.S., 32: 445-68,
1978.
193. _____ - La atención primaria de salud en las re-
giones de O.M.S. Cronica de la O.M.S., 32: 469-76,
1978.
- * 194. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD - Discusiones Tecnicas..
Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios
de salud en áreas rurales - XVII Reunión del Consejo
Directivo de la O.P.S. - Informe final. Bol. Ofic.
Sanit Panamer., 64: 1-5, 1968.
195. _____ - Discusiones Tecnicas - Servicios de Salud
en Areas Rurales. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64: 6-28,
1968.
196. _____ - Discusiones Tecnicas - Atención Medica en
las Areas Rurales. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 64:
29-38, 1968.
- * 197. _____ - Seminario Viajero de la O.M.S. - O.P.S. so-
bre la utilización de Ayudantes Medicos ("Feldshers")
en la U.R.S.S. Bol. Of. Sanit. Panamer., 73: 70-76,
1972.
- * 198. _____ - Plan Decenal de Salud para las Americas.
Whashington, 1973 (Documento Oficial 118).
- * 199. _____ - Servicios Comunitarios de Salud y Parti-
cipación de la Población. Whashington, 1974 (Publi-
cación Científica N° 289).
200. _____ - Actualidades - Expansión del Papel de En-
fermeria. Bol. Of. Sanit. Panamer., 84: 545-50, 1978.
201. PAI, D.N. et al. - Health of Rural Adivasis. Indian J.
Med. Sci., 18: 716-21, 1964.
202. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - Delivery of primary
care by medical auxiliaries: techniques of use ana-
lysis of benefits achieved in some rural villages of
Guatemala, in Medical Auxiliaries. Washington, Pan
American Health Organization, 1973 (Scientific Publi-
cation N° 278).

203. PARKER, A. - Appropriate tools for health care: developing a technology for primary health care and rural development. W. H. O. Chron., 31: 131-7, 1977.
- X 204. PÉGUINOT, H. - Na U.R.S.S. - o papel do feldsher. A Saúde do Mundo, 6: 28-31, 1972.
205. PELLEGRINO, E.D. - Regionalization, an Integrated Effort of Medical School, Community and Practicing Physician. Bull. N.Y. Acad. Med., 42: 1193-200, 1966.
206. PEREIRA DA SILVA, P. et al. - Experiência de dois anos de trabalho na Unidade Sanitária do Município de Brejinho de Nazaré - Goiás. Porto Nacional - Goiás, Organização de Saúde do Estado de Goiás - Unidade Mista de Porto Nacional, 1976. {Mimeografado}.
207. PEREZ ORTIZ, B. - Operación Zacatepec - un programa de salud publica destinado a valorar los factores que determinan el estado de nutrición en el medio rural. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex., 20: 229-39, 1963.
208. PERU - Manual de Normas e Procedimientos para Auxiliares de Enfermeria de Puestos Sanitarios. Puno, Ministerio de la Salud, Zona de Salud Sur Altiplanica, 1971.
209. PRATT, R. - The Challenge of Nursing in Developing Countries. Int. Nurs. Rev., 17: 158-71, 1970.
210. QUINN, J. R. - Medicine and Public Health in the People Republic of China. Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare - Public Health Service - National Institutes of Health, 1973 (D.H.E.W. Publication, Nº (M.H.) 73-67).
211. RABEAU, E. S. - Concepts of Systems for Health Services. Arizona Med., 27: 28-31, 1970.
212. READER, G.G. - Health care and Poverty - What are the dimensions of the problems from the Clinician's point of view? Bull N.Y. Acad. Med., 42: 1126-31, 1966.
213. REBELLO, L.M. et al. - The Basic Health Worker and His Recipient Group - a diagnostic study for Health Educators in Malaria. Soc. Sci. and Med., 11: 43-53, 1977.
214. REID, R.A. - An Analysis of Processing of Patients in a Rural Medical Care Delivery System. Public Health Rep., 91: 471-6, 1976.
215. RICHTER, R.W. et al. - The Community Health Worker. A resource for improved health care delivery. Am. J. Public Health, 64: 1056-61, 1974.
216. ROGERS, K.D. - A General Medical Practice Using Nonphysician Personnel. J.A.M.A., 206: 1753-7. 1968.

217. RONAGHY, H.A. et al. - Is the chinese Barefoot Doctor Ex portable to Rural Iran? Lancet, 1: 1331-3, 1974.
218. _____ - The Front Line Health Worker: Selection, Training, and Performance. Am. J. Public Health, 66: 273-7, 1976.
219. ROSA, F.W. - Impact of New Family Planning Approaches on Rural Maternal and Child Health Coverage in Developing Countries: India's example. Amer. J. Public Health, 57: 1327-32, 1967.
220. ROSINA, P.L. - Interpretazione psicopatologica della Società Rurale. Gazz. Sanit., 36: 126-9, 1965.
221. ROSINSKI, E.F. - E.U.A. - O papel do Assistente Médico. A Saúde do Mundo, 6: 32-3, 1972.
222. RUNDLE, F.F. - Community distribution of doctors as challenge to medical education and training. Med. J. Aust., 1: 1064-5, 1970.
223. RYMER, S. - New Approaches to Health Problems of the Indian and Eskimo People. Canad. Med. Ass. J., 101: 93-4, 1969.
224. SADLER, A.M. et al. - The Physician's Assistant - Today and Tomorrow. New Haven, Conn., Trauma Program of the Department of Surgery - Yale University School of Medicine, 1972.
225. SALTZMAN, B.N. - Comprehensive Health Planning for Rural Areas. J. Tenn. Med. Ass., 62: 622-6, 1969.
226. SANCHEZ, R. et al. - Health Care in Rural New Mexico. J. Med. Educ., 48: 124-9, 1973.
227. SAWYER, D.R. - Penetration Roads and Population Growth. Boston, B. A. Thesis, Harvard University, 1969.
228. SAXENA, G. B. - Differential Fertility in Rural Hindu Community: A Sample Survey of the Rural Uttar Pradesh India. Eugen. Quart., 12: 137-45, 1965.
229. SCHAEFER, M. - Commentary on the Social Scientists Views of the Neighborhood Health Center as a New Social Institution. Med. Care, 8: 166-7, 1970.
230. SCHALLER, K. F. - Integration of Leprosy Control into the Health Centre Scheme. Leprosy rev., 40: 243-8, 1969.
231. SCHOOLMAN, H. M. - Letter: Health Communication in Alaska. J.A.M.A., 228: 1100, 1974.
232. SCHWAB, J. J. et al. - Toward a Concept of Comprehensive Medicine. Psychosomatics, 10: 67-72, 1969.
233. SCIENTIFIC AMERICAN - Science and the Citizen. Sci. Amer.

234. SCRIMSHAW, N.S. et al. - Studies of Diarrheal Disease in Central America. Amer. J. Trop. Med., 15: 625-31, 1966.
235. SEGALL, N. - Medical Care in North Vietnam. Lancet, 1: 1224, 1970.
236. SHOCK, D.C. - Alaska Native Community Health Aide Training. Alaska Med., 11: 62-3, 1969.
237. SHREEVE, G. - Dai Care. Nurs. Times, 73: 260-1, 1977.
238. SIMS, P. - The Training of Clinic Staff in Zambia Flying Doctor Service. East Africa Med. J., 49: 755-62, 1972.
239. SINGH, S. et al. - Medical Care in fatal illnesses of a rural Punjab population: some social, biological and cultural factors and their ecological implication. Indian J. Med. Res., 50: 865-80, 1962.
240. SLUGLETT, J. - Health Centres: are they the answer to the increasing work-load of G.P.s? a) Health Centres: a New Concept in General Practice? Roy. Soc. Health J., 87: 193-5, 1967.
241. SMILKSTEIN, G. - Ghetto America and Developing World Health Care Delivery. Calif. Med., 118: 84-7, 1973.
242. SMITH, A. J. - Barefoot Doctors and the Medical Pyramid. Br. Med. J., 2: 429-32, 1974.
243. SMITH, E. S. O. - Standards for Local Health Unit or Health Department Planning, Operation and Evaluation. Canad. J. Public Health, 57: 484-6, 1966.
244. SMITH, R. T. - Health and Rehabilitation Manpower Strategy: New Careers and the Role of the Indigenous Paraprofessional. Soc. Sci. Med., 7: 281-90, 1973.
245. SOFOLUWE, G. O. - Assessment of the Health Administration in Iberapa District Council area with some suggestions on the methodology of rural health planning. W. Afr. Med. J., 15: 33-9, 1966.
246. SOUZA, J.P.M. de - Recursos Humanos em Saúde Pública. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 10: 253-6, 1976.
247. SRIVASTAVA, P. K. - Acceptance of Sanitary Composting in Rural Areas. Indian J. Public Health, 13: 30-5, 1969.
248. SROUJI, E. - A rural Primary Health Care Center for Lebanon. J. Med. Liban., 25: 529-40, 1972.
249. STANDARD, K.L. & ENNEVER, O. - Training of Health Auxiliaries in the West Indies. Educ. Med. Salud., 9: 285-95, 1975.
250. STIEGER, A. - Toconao. Rev. Chile Pediat., 34: 875-6, 1963.

251. STRAUS, R. - II. Poverty as an Obstacle to Health Progress in our Rural Areas. Amer. J. Public Health, 53: 1772-9, 1965.
252. SWAN, L. F. - Group approach to medical care. Nurs. Outlook, 18: 56-7, 1970.
253. SZEWCZYKOWSKI, W. et al. - La Structure de Morbidité de la Population Rurale dans la Région de Lublin. Concours Med., 84: 6545-61, 1962.
254. TAPP, J. W. et al. - Community Health in a Mountain Neighborhood. Arch. Environ. Health, Chigado, 8: 510-7, 1964.
255. TAUIL, M. C. et al. - Community Participation in Health Activities in a Amazon Community of Brazil. Bull. Panam. Health Organ., 12: 95-103, 1978.
256. TAYLOR, C. E. - The Doctor's Role in Rural Health Care. Int. J. Health Serv., 6: 219-30, 1976.
257. TELLEGEN, A. O. H. - The Elephant and the Tree - Community Health Care in a Rural Area. Trop. Geogr. Med., 28: (Suppl.) 53-83, 1976.
258. TIME MAGAZINE - The Beneficient Monster. Time Magazine. pg. 29, 12 Jun., 1978.
259. TISSEYRE, P. - Les Auxiliaires Medicaux dans les Centres Sanitaires et Sociaux Ruraux. Concours Med., 84: 5231-42, 1962.
260. TOBAN, E. - Perceived Skill of Professional and Nonprofessional Community Health Workers. J. Clin. Psychol., 34: 308-13, 1970.
261. TOMPKINS, M.G., Jr., - Maternal Mortality in remote areas. Clin. Obst. Gynec., 6: 910-20, 1963.
262. TRANTOW, D. J. - An Introduction to Evaluation. Program Effectiveness and Community Needs. Rehab. Lit., 31: 2-9, 1970.
263. UNITED NATIONS CHILDRENS FUND - Proposições Alternativas para o atendimento das Necessidades Básicas de Saúde nos Países em Desenvolvimento. - Estudo O.M.S./ UNICEF. Rio de Janeiro, Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1975 (Doc. E/ ICEF/ L 1322).
264. UNITED STATES OF AMERICA - Community Health Aide Program - Orientation Handbook. Anchorage, Alaska, Department of Health Education and Welfare - Public Health Service, 1969.
265. VAN ETEN, G.M. et al. - Training for Rural Health in Tanzania. Trop. Geogr. Med., 23: 393-8, 1971.

266. _____ - Training for Rural Health in Tanzania.
Soc. Sci. Med., 9: 89-92, 1975.
267. VARGAS TENTORI, F. - Extension of coverage, primary health care, and community participation: definitions and operational concepts. Bol. Of. Sanit. Panamer., 82: 386-96, 1977.
268. VÁZQUEZ VIGO, M. - La Población Rural en America Latina y sus Problemas de Salud. Salud Pública Mex., 14: 533-7, 1972.
269. VILLALOBOS FINOL, R. - El Trabajo Medico Asistencial de Penetración Rural. Un Ejemplo: Vila del Rosario de Perija, Distrito Perija, Estado Zulia. Rev. Venez. Sanid. Assist. Soc., 27: 93-148, 1962.
270. VENEZUELA - Manual Normativo para Auxiliares de Enfermería y otro personal voluntario. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1968.
271. _____ - Servicio Cooperativo de Salud del Estado Apure - Informe de Actividades Desarrolladas a Nivel de los Dispensarios de Medicina Simplificada. San Fernando de Apure, Ministério de Salud - Servicio Cooperativo de Salud Publica del Estado Apure, 1971. {Mimeografiado}.
272. VILLEGAS, H. - Costa Rica: Recursos Humanos y Participación de la Comunidad en los Servicios de Salud en el Medio Rural. Bol. Of. Sanit. Panamer., 84: 13-23, 1978.
273. WADDY, B. B. - Rural Health Services in the Tropics, and the Training of Medical Auxiliaries for Them. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 57: 384-91, 1963.
274. WAGLEY, C. - Uma comunidade Amazônica: estudo do homem nos trópicos. Brasília, Editora Nacional - I.N.L., (2a. Ed.), 1977.
275. WANG, V. L. et al. - The point of diminishing returns in Nutritional Education through Home Visits by Aides: An Evaluation of E.F.N.E.P. Health Education Monographs, 3: 70-88, 1975.
276. WARNECKE, R. B. et al. - Contact with Health Guides and Use of Health Services among Black in Buffalo. Public Health Rep., 90: 213-22, 1975.
277. WEGMAN, M. E. - Health Care and Poverty: What are the Dimensions of the Problem from the Public Health Point of View? Bull. N.T. Acad. Med., 42: 1132-9, 1966.
278. WEN, C. - Barefoot Doctors in China. Lancet, 1: 976-8,

279. WESTHEIMER, R. K. et al. - Use of Paraprofessionals to Motivate Women to Return for Post Partum Checkup. Public Health Rep., 85: 625-35, 1970.
280. WESTPHAL, M. F. - Uma escala de atitudes em relação a Centros de Saúde. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Monografia de Mestrado, 1974. [Mimeografado].
281. WILLEMIN - CLOG, L. - La protection maternelle et infantine en milieu rural. Pediatric, 19: 640-3, 1964.
282. WILSON, V. E. - Rural Health Care Systems. J.A.M.A., 216: 1263-6, 1971.
283. _____ - Rural Health Care Systems. J. Tenn. Med. Assoc., 64: 587-91, 1971.
284. WISE, H. - Physicians in Health Centers. Postgrad Med., 47: 130-7, 1970.
285. WISE, H. B. et al. - The Family Health Worker. Amer. J. Public Health, 58: 1828-38, 1968.
286. WITAKER, J. C. - Guidelines for Primary Health Care in Rural Alaska. Anchorage, Alaska, E.U.A. Department of Health Education and Welfare - Health Services Administration - Indian Health Service, 1976.
287. WOLFE, S. et al. - Effective Health Center. New Eng. J. Med., 282: 634, 1970.
288. WOODSON, R. D. - The challenge of Ethiopia. New Physician, 12: 459-63, 1963.
289. WORLD MEDICAL JOURNAL - Rural Medicine in Latin America. World Med. J.; 12: 114-6, 1965.
290. WORTH, R. M. - Health in Rural China: from village to commune. Amer. J. Hyg., 77: 228-39, 1963.
291. YATES, A. S. - The Venezuelan Medicina Simplificada Program. Public Health Rep., 90: 247-53, 1975.
292. YOUNG, M. M. et al. - People Workers: A Local Health Department's Experience with Health Education Aides. Amer. J. Public Health, 59: 1845-50, 1969.
293. ZEIGHAMI, B. et al. - Acceptance of Auxiliary Health Workers in Rural Iran. Public Health Rep., 92: 280-4, 1977.

DOAÇÃO

De: CP6
22.6.79
Em: M.T.O.A

Documentação
v. 2

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA OPERAÇÃO DE
POSTOS DE SAÚDE EM PEQUENAS COMUNI-
DADES RURAIS DO NORTE DO ESTADO DE
GOIÁS - BRASIL

ANTONIO CARLOS DE AZEVEDO

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
AO DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE
SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO.

ORIENTADOR:

PROF. Dr. ALDO DA FONSECA TINOCO

SÃO PAULO

1979

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura	página
1. Norte de Goiás - Localização de Porto Nacional	1
2. Município de Porto Nacional - Localização das Comunidades Estudadas	2
3. Canela : a escola e a igreja	3
4. Canela : uma das ruas laterais à praça	3
5. Canela : o posto rural	3
6. Ipoeiras : a escola e a igreja	4
7. Ipoeiras : uma das ruas laterais à praça	4
8. Ipoeiras : o posto rural	4
9. Canela : a fonte	5
10. Canela : privada rústica	5
11. Canela : construção de lage para a fossa	5
12. População por Idade - Canela "antes"	6
13. População por Idade - Canela "depois"	6
14. População por Idade - Ipoeiras "antes"	7
15. População por Idade - Ipoeiras "depois"	7
16. População por Idade - Taquaruçu "antes"	8
17. População por Idade - Taquaruçu "depois"	8
18. População por Idade - Todas as Comunidades "antes"	9
19. População por Idade - Todas as Comunidades "depois"	9
20. População por Idade - Silvanópolis	10
21. Produção de Arroz - Todas as Comunidades "antes"	11
22. Produção de Arroz - Todas as Comunidades "depois"	12
23. Produção de Arroz - Silvanópolis	12
24. Propriedade de Bovinos - Todas as Comunidades "antes"	13
25. Propriedade de Bovinos - Todas as Comunidades "depois"	13
26. Propriedade de Bovinos - Silvanópolis	14
27. Periodicidade de Viagem - Canela "antes"	14
28. Periodicidade de Viagem - Ipoeiras "antes"	15
29. Periodicidade de Viagem - Ipoeiras "depois"	15
30. Periodicidade de Viagem - Taquaruçu "antes"	16
31. Periodicidade de Viagem - Taquaruçu "depois"	16
32. Periodicidade de Viagem - Todas as Comunidades "antes"	17
33. Periodicidade de Viagem - Todas as Comunidades "depois"	17
34. Periodicidade de Viagem - Silvanópolis	18
35. Idade ao Desmame - Todas as Comunidades "antes"	18
36. Idade ao Desmame - Todas as Comunidades "depois"	19
37. Idade do Desmame - Silvanópolis	19

ÍNDICE DE TABELAS *

Tabela	Página
1. Dispersão Populacional no Município de Porto Nacional - Goiás.....	20
2. Produção de Serviços do Serviço de Saúde Rural de Porto Nacional	20
3. Unidades Familiares, População Estudada, Data dos Inquéritos.....	21
4. Famílias Participantes de um ou ambos os Inquéritos.....	21
5. Informação Sanitária - Verificação da Existência de Escala Guttman....	21
6. Propriedade da Terra (PROPTERR).....	22
7. Propriedade da Habitação (PROPHAB).....	22
8. Número de Cômodos (NRCOMODS).....	22
9. Número de Quartos (NRQARTOS).....	23
10. Dependentes de Atividades Agrícolas (DEPATAG).....	23
11. População Economicamente Ativa (POPECATV).....	23
12. Produção de Arroz (PRODARRZ).....	24
13. Propriedade de Bovinos (BOVINOS).....	24
14. Analfabetismo (ANALFABT).....	24
15. População Estudantil (POPEST).....	25
16. Escolaridade do Chefe da Família (EDCHEFE).....	25
17. Local de Nascimento do Chefe da Família (LNASCHEF).....	25
18. Procedência do Chefe da Família (PROCHEF).....	26
19. Meio de Informação (MEIOINFR).....	26
20. Propriedade de Rádio (PROPRADIO).....	26
21. Tempo de Residência no Local (FIXRESLAA e POPRES10).....	27
22. Motivo da Procura do Local (MOTPROLC).....	27
23. Mobilidade Populacional (MOBPOP).....	27
24. Motivo da Mobilidade Populacional (MOTMOB).....	28
25. Expectativa de Permanência no Local (NVAESPENT).....	28
26. Motivo da Permanência no Local (MTVASPET).....	28
27. Periodicidade de Viagens (PRVIAGEM).....	29
28. Hábito de Fumar (FUMAM).....	29
29. Hábito de Mascar Fumo (MASCAM).....	29
30. Hábito de Aspirar Fumo (CHEIRAM).....	29

* Adiante do título da tabela, entre parêntesis, encontra-se o rótulo ("label") da variável, utilizado no processamento.

Continuação do Índice de Tabelas

Tabela	Página
31. Uso do Quintal (USQINTAL).....	30
32. Indicadores de Saúde - Natalidade, Fertilidade, Mortalidade Geral, Mor- talidade Infantil e Natimortalidade.....	30
33. Idade do Desmame (IDADESM).....	30
34. Utilização de Serviços pelas Gestantes (RECSAUGE).....	31
35. Utilização de Serviços pela População em Geral (RECSAUPP).....	31
36. Vacinação Antitetânica de Gestantes (VATGEST).....	31
37. Vacinação Antivariólica de Crianças (VAVCR).....	31
38. Vacinação Tríplice de Crianças (VATRIPCR).....	32
39. Vacinação Sabin de Crianças (VSABINCR).....	32
40. Vacinação Antivariólica de Adultos (VAVAD).....	32
41. Vacinação Antitetânica de Adultos (VATAD).....	32
42. Destino dos Dejetos (DEJETOS).....	33
43. Origem da Água (AGUA).....	33
44. Tipo de Paredes da Habitação (PAREDES).....	33
45. Posse de Filtro (FILTRO).....	34
46. Tipo do Teto (TETO).....	34
47. Destino do Lixo (LIXO).....	34
48. Nota relativa à Qualidade da Habitação (SCOREHAB).....	35
49. Nota relativa à Informação sobre a Saúde 1 (ISAUDE1).....	35
50. Nota relativa à Informação sobre a Saúde 2 (ISAUDE2).....	35
51. Modificações na Qualidade da Habitação (Teste de MacNemar).....	36
52. Modificações de Notas de Qualidade de Habitação (Teste de Wilcoxon)...	36

FIGURA 1

NORTE DE GOIÁS

Localização de Porto Nacional

Figura 3. Canela : a escola e a igreja (à esq.).

Figura 4. Canela : uma das ruas laterais à praça.

Figura 5. Canela : o posto rural. À frente, atividade de construção de lage para fossa.

Figura 6. Ipoeiras : a escola e a igreja (ã dir.)
Ao fundo, o posto rural.

Figura 7. Ipoeiras : uma das ruas laterais ã praça.

Figura 8. Ipoeiras : o posto rural.

Figura 9. Canela : a atendente rural junto à fonte.

Figura 10. Canela : privada rústica.

Figura 11. Canela : a população aprende a construir a lage para a fossa (ã dir., de côcoras o au xiliar de saneamento da Unidade Mista).

FIGURA 12

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 13

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 14

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 15

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 16

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 17

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 18

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 19

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 20

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 21

COMUNIDADES RURAIS
DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PRODUÇÃO DE ARROZ (sacos de 60 kg)

COMUNIDADES: TODAS

ÉPOCA: ANTES (1972)

FIGURA 22

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PRODUÇÃO DE ARROZ (sacos de 60 kg)

COMUNIDADE : TODAS

ÉPOCA : DEPOIS (1973/1974)

FIGURA 23

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PRODUÇÃO DE ARROZ (sacos de 60 kg)

COMUNIDADE : SILVANÓPOLIS

ÉPOCA : DEPOIS (Junho - agosto, 1974)

FIGURA 24

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PROPRIEDADE DE BOVINOS (cabeças)

COMUNIDADE: TODAS

ÉPOCA: ANTES (1972)

FIGURA 25

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PROPRIEDADE DE BOVINOS (cabeças)

COMUNIDADE: TODAS

ÉPOCA: DEPOIS (1973/1974)

FIGURA 26

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PROPRIEDADE DE BOVINOS (cabeças)

COMUNIDADE: SILVANÓPOLIS

ÉPOCA: DEPOIS (Junho - agosto, 1974)

FIGURA 27

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PERIODICIDADE DE VIAGEM

COMUNIDADE: CANELA

ÉPOCA: ANTES (maio, 1972)

FIGURA 28

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PERIODICIDADE DE VIAGEM

COMUNIDADE: IPOEIRAS

ÉPOCA: ANTES (março, 1972)

FIGURA 29

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

PERIODICIDADE DE VIAGEM

COMUNIDADE: IPOEIRAS

ÉPOCA: DEPOIS (dezembro, 1973)

FIGURA 30

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 31

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 32

FIGURA 33

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 34

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 35

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 36

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

FIGURA 37

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

TABELA - 1 DISPERSÃO POPULACIONAL NO
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

*Fonte

POPULAÇÃO LOCALIZAÇÃO	n	%
Sede do Município.....	9 033	28,7
Sede dos Distritos (população rural nu- cleada).....	917	2,9
Rural Dispersa.....	2 1567	68,4
T O T A L	3 1517	100,0

⁴⁵
*Fonte: Censo de 1970, IBGE, 1977

Tabela 2 MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
SERVIÇO DE SAÚDE RURAL
PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DURANTE OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE
FUNCIONAMENTO (1)

*Fonte

EPOCA SERVIÇOS	1º ANO	2º ANO
	JUN 72 a JUN 73 (13 meses)	JUL 73 a JUN 74 (12 meses)
Atendimento Médico	1944	1109
Visitas de supervisão ...	69	29
Atendimento pela Atendente Rural:		
Menores de 1 ano	676	695
De 1 a 5 anos	1160	1295
De 5 a 10 anos	1459	933
Maiores de 10 anos ...	4955	4285
Vacinações (Doses) ...	892	197
Curativos	2531	1393
Pequenas intervenções.	78	74
Pesagem e mensuração ..	317	695
Colheitas de lâminas.. (Malária)	79	109
Visitas domiciliares..	1084	2026

(1) Postos de Canela, Taquaruçu, Ipociras e parciamento Silva
nópolis.

* Fonte: Relatórios Trimestrais do Serviço de Saúde Rural do
Município de Porto Nacional.

TABELA - 3

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
UNIDADES FAMILIARES, POPULAÇÃO ESTUDADA E DATA DOS INQUÉRITOS

UNIVERSO TRABALHADO	LOCAL	CANELA		IPOEIRAS		TAQUARUÇU		TOTAL		SILVANOÓPOLIS
	ÉPOCA	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	DEPOIS
Epoca do Inquérito...	3 a 12/5/72	7 a 29/12/73	20 a 28/3/72	12 a 20/12/73	9 a 4/08/72	3/4 a 3/5/74	-	-	-	14/6 a 21/8/74
Unidades Familiares...		29	26	23	33	67	65	119	124	105
População		154	142	120	184	338	352	612	678	618

Tabela - 4

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
- FAMÍLIAS PARTICIPANTES DE UM OU DE AMBOS OS INQUÉRITOS -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participaram de ambos os inquéritos...		19	65,5	19	73,1	16	69,6	16	48,5	47	70,1	47	72,3	82	68,9	82	66,1	0	0,0
Participaram de apenas um inquérito...		10	34,5	7	26,9	07	30,4	17	51,5	20	29,9	18	27,7	37	31,1	42	33,9	105	100,0
TOTAL		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

TABELA 5

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL
(CANELA, IPOEIRAS, TAQUARUÇU)
VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE UMA ESCALA GUTTMAN
(Técnica de Cornell) PARA RESULTADOS OBTIDOS EM QUESTÕES
REFERENTES À INFORMAÇÃO SANITÁRIA

QUESTÃO RESPOSTA	HIGIENE CORPORAL		ALIMENTOS		CAUSA DAS DOENÇAS		CUIDADOS COM A	
PARÂMETRO	1	0	1	0	1	0	1	0
f (1)	74	26	67	33	62	38	55	45
p e q (2)	0,74	0,26	0,67	0,33	0,62	0,38	0,55	0,45
e (3)	0	5	2	0	0	0	3	0

Proporção de Erros = $10/400 = 0,025$

Coefficiente de Reprodutibilidade = $(1 - 0,025) = 0,975$

(1) f - frequência de respostas: adequadas (1) e inadequadas (0)

(2) p e q - proporção respectivamente de respostas: adequadas (1) e inadequadas (0)

(3) e - frequência de "erros": número de casos com resposta diferente daquela que seria esperada se o conjunto de questões constituisse uma escala Guttman perfeita, (e = 10)

TABELA - 6
 COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
 CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS DAS COMUNIDADES
 - PROPRIEDADE DA TERRA -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROPRIETAR	SEM VIT CULO EM PREGAT CIO.....	16	76,2	15	60,0	18	94,8	31	100,0	43	76,8	37	74,0	77	80,2	83	78,3	73	92,4
	COM VIT CULO EM PREGAT CIO.....	5	23,8	5	20,0	0	0,0	0	0,0	12	21,5	11	22,0	17	17,7	16	15,1	4	5,1
	OUTRA....	0	0,0	5	20,0	1	5,3	0	0,0	1	1,8	2	4,0	2	2,1	7	6,6	2	2,5
	TOTAL	21	100	25	100	19	100	31	100	56	100	50	100	96	100	106	100	79	100

Tabela - 7
 COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
 CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
 - PROPRIEDADE DA HABITAÇÃO -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROPRIAS	Própria ..	23	85,2	21	80,8	19	82,6	27	81,8	60	89,6	55	84,6	102	87,2	103	83,1	88	84,6
	Alugada ..	1	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-	2	1,9
	Outida ...	3	11,1	5	19,2	4	17,4	6	18,2	7	10,4	10	15,4	14	12,0	21	16,9	14	13,5
	TOTAL	27	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	117	100,0	124	100,0	104	100,0

Tabela - 8
 COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
 CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
 - NÚMERO DE CÔMODOS -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA		IPOEIRAS		TAQUARUCU		TOTAL		SILVANOÓPOLIS
		ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	
CÔMODOS	Nº de cômodos (a) ..	107	134	97	127	279	290	483	529	536
	Nº de habitantes (b) ..	154	142	120	184	338	352	612	678	618
	b/a	1,44	1,06	1,24	1,45	1,21	1,21	1,27	1,28	1,15

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
- NÚMERO DE QUARTOS -

TABELA - 9

LOCAL		CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
VARIÁVEL	ÉPOCA	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
	VALOR	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%
NRQARTOS	Nº de quartos	58	-	80	-	39	-	66	-	139	-	139	-	228	-	274	-	197	-
	Nº de habit.	154	-	142	-	120	-	184	-	338	-	352	-	612	-	678	-	618	-
	Quarto/Quartos	2,66	-	1,78	-	3,08	-	2,79	-	2,58	-	2,53	-	2,68	-	2,74	-	3,14	-
	Nº de cômodos	107	100,0	134	100,0	97	100,0	127	100,0	279	100,0	290	100,0	483	100,0	529	100,0	536	100,0
	Quartos/cômodos	-	54,21	-	59,70	-	40,21	-	51,97	-	49,95	-	47,93	-	47,20	-	51,80	-	36,7

Tabela - 10

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL
CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
- POPULAÇÃO DEPENDENTE EXCLUSIVAMENTE DE ATIVIDADES AGRÍCOLAS -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%
DEPATAG	Dependentes de ativid. agrícolas...		102	66,2	111	78,2	78	65,0	148	80,4	265	78,4	220	62,5	445	72,7	479	70,6	404	65,4
	Dependentes de outras atividades...		52	33,8	31	21,8	42	35,0	36	19,6	73	21,6	132	37,5	167	27,3	199	29,4	214	34,6
	TOTAL.....		154	100,0	142	100,0	120	100,0	184	100,0	338	100,0	352	100,0	612	100,0	678	100,0	618	100,0

TABELA - 11

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
- População Economicamente Ativa -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%	"	%
POP.ECON.ATIV	População economicamente ativa		44	28,6	34	23,9	32	26,7	44	23,9	85	25,1	91	25,9	161	26,3	169	24,9	128	20,7
	População economicamente inativa.....		110	71,4	108	76,1	88	73,3	140	76,1	253	74,9	261	74,1	451	73,7	509	75,1	490	79,2
	TOTAL		154	100,0	142	100,0	120	100,0	184	100,0	338	100,0	352	100,0	612	100,0	678	100,0	618	100,0

TABELA - 12

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
- PRODUÇÃO DE ARROZ -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOSEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PRODARROZ	PRODUTORES		19	65,5	24	92,3	18	78,3	30,0	90,9	53	79,1	51	78,5	90	75,6	105	84,7	34	32,4
	NÃO PRODUTORES.....		10	34,4	2	7,7	5	21,7	3,0	9,1	14	20,9	14	21,5	29	24,4	19	15,3	71	67,6
	TOTAL ...		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0
	MEDIANA (1)		12	-	10	-	20	-	30	-	15	-	20	-	16	-	20	-	20	-
	VALOR MÁXIMO.....		100	-	20	-	80	-	100	-	100	-	835	-	100	-	835	-	90	-
	VALOR MÍNIMO.....		2	-	3	-	10	-	6	-	2	-	3	-	2	-	3	-	2	-

(1) em sacos de 60 Kg

TABELA - 13

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS
- PROPRIEDADE DE BOVINOS -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOSEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BOVINOS	PRODUTORES		9	31,0	15	57,7	10	43,5	1	3,0	31	46,3	24	36,9	50	42,0	40	32,2	51	48,6
	NÃO PRODUTORES.....		20	69,0	11	42,3	13	56,5	32	97,0	36	53,7	41	63,1	69	58,0	84	67,8	54	51,4
	TOTAL		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0
	MEDIANA (1)		10	-	10	-	38	-	400	-	8	-	18	-	10	-	11	-	18	-
	VALOR MÁXIMO.....		400	-	600	-	120	-	400	-	200	-	200	-	400	-	600	-	275	-
	VALOR MÍNIMO.....		1	-	2	-	5	-	400	-	1	-	2	-	1	-	2	-	3	-

(1) em cabeças

TABELA - 14

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- ANalfabetismo -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOSEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ANALFABT	ALFABETIZADOS MAIORES DE 15 ANOS.....		70	83,3	58	78,4	34	53,1	63	61,2	136	82,9	148	84,6	240	76,9	260	73,4	163	60,0
	ANALFABETOS MAIORES DE 15 ANOS...		14	16,7	16	21,6	30	46,9	40	38,8	28	17,1	27	15,4	72	23,1	94	26,6	106	39,4
	POPULAÇÃO MAIOR DE 15 ANOS...		84	100,0	74	100,0	64	100,0	103	100,0	164	100,0	175	100,0	312	100,0	354	100,0	269	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

- POPULAÇÃO ESTUDANTIL -

TABELA - 15

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
POPESTDT	ESTUDANTES DE 7 A 20 ANOS		43	95,6	37	92,5	45	88,2	67	94,4	104	86,7	118	88,7	192	88,9	222	91,0	203	81,9
	NÃO ESTUDANTES DE 7 A 20 ANOS		2	4,4	3	7,5	06	11,8	4	5,6	16	13,3	15	11,3	24	11,1	22	9,0	45	18,1
	POPULAÇÃO DE 7 A 20 ANOS		45	100,0	40	100,0	51	100,0	71	100,0	120	100,0	133	100,0	216	100,0	244	100,0	248	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

- ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA -

TABELA - 16

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ECHEFE	Analfabetos		6	20,7	10	38,5	10	43,5	16	48,5	15	22,4	9	13,8	31	26,1	35	28,2	57	54,9
	Com Alguma escolaridade de		23	79,3	16	61,5	13	56,5	17	51,5	52	77,6	58	86,2	88	73,9	89	71,8	47	45,2
	Total de Famílias ..		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	104	100,0
	Escolaridade de mediana (1) ..		1	-	2	-	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	0	-
	Escolaridade de máxima ...		4	-	4	-	6	-	3	-	6	-	4	-	6	-	-	-	6	-
	Escolaridade de mínima ..		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	0	-

(1) Em anos de estudo.

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

- LOCAL DE NASCIMENTO DO CHEFE DE FAMÍLIA -

TABELA - 17

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LNASCHEF	LOCAL		6	20,7	4	17,4	2	8,7	2	6,1	-	-	-	-	8	6,7	6	5,0	14	14,4
	OUTROS PONTOS DO NORTE DE GOIÁS ..		8	27,6	11	47,9	19	82,6	26	78,8	9	13,4	14	21,5	36	30,3	51	42,1	71	73,2
	NORDESTE ..		10	44,8	8	34,8	2	8,7	5	15,1	58	86,6	51	78,5	73	61,3	64	52,9	12	12,4
	OUTRAS REGIÕES		2	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,7	-	-	-	-
	TOTAL		29	100,0	23	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	121	100,0	97	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 18

- PROCEDÊNCIA DO CHEFE DA FAMÍLIA -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROCHEF	LOCAL		5	17,2	4	15,4	2	8,7	2	8,1	-	-	-	-	7	5,9	6	5,0	7	6,9
	OUTROS PON TOS DO NOR TE DE GOIÁS		20	69,0	21	80,8	21	91,3	30	90,9	26	38,8	28	45,2	67	56,3	79	65,3	88	86,2
	NORDESTE..		4	13,8	1	3,8	-	-	1	3,0	38	56,7	33	53,2	42	35,3	35	28,0	2	2,0
	OUTRAS RE GIOES.....		-	-	-	-	-	-	-	-	3	4,5	1	1,6	3	2,5	1	0,8	5	4,9
	TOTAL		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	62	100,0	119	100,0	123	100,0	102	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 19

- MEIO DE INFORMAÇÃO -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MEIOINFR	PESSOAS QUE VIAJAM		16	61,5	7	26,9	16	69,6	16	48,5	59	92,2	33	57,9	91	80,5	56	48,3	31	30,0
	PESSOAS QUE LEM...		-	-	-	-	1	4,3	3	9,1	-	-	-	-	1	0,9	3	2,6	8	7,8
	RADIO.....		8	30,8	19	73,1	6	26,1	14	42,4	5	7,8	24	42,1	19	16,8	57	49,1	63	61,2
	OUTROS.....		2	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,8	-	-	1	1,0
	TOTAL		26	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	64	100,0	57	100,0	113	100,0	116	100,0	103	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 20

- PROPRIEDADE DE RÁDIO -

VARIÁVEL	LOCAL	EPOCA VALOR	CANELA				IPEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROPRADIO	SIM ...		8	30,8	10	38,5	4	19,0	10	33,3	15	22,7	26	41,9	27	23,9	46	39,0	32	35,2
	NAO		18	69,2	16	61,5	17	81,0	20	66,7	51	77,3	36	58,1	86	76,1	72	61,0	59	64,3
	TOTAL ..		26	100,0	26	100,0	21	100,0	30	100,0	66	100,0	62	100,0	113	100,0	118	100,0	91	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- TEMPO DE RESIDÊNCIA NO LOCAL -

TABELA - 21

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FIXEIRIA	1 Ano ou menos	13	8,4	7	4,9	0	0,0	40	21,7	11	3,8	51	14,5	26	4,2	98	14,5	60	9,7
	Entre 1 e 10 Anos...	82	53,3	100	70,4	85	70,8	107	58,2	220	65,1	198	56,2	387	63,2	405	59,7	486	78,6
	10 Anos e mais	59	38,3	35	24,7	35	29,2	37	20,1	105	31,1	100	29,3	199	32,6	175	25,8	72	11,7
TOTAL...		154	100,0	142	100,0	120	100,0	184	100,0	338	100,0	352	100,0	612	100,0	678	100,0	618	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- MOTIVO DA PROCURA DO LOCAL -

TABELA - 22

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MOTPRC	Nasceu no Local	6	20,7	4	15,4	2	8,7	3	9,1	-	-	-	-	8	5,7	7	5,7	6	6,3
	Proximidade de parentes ...	10	34,5	1	3,8	4	17,4	-	0,0	56	83,6	35	54,7	70	58,8	36	29,3	1	1,0
	Emprego ...	3	10,3	3	11,5	6	26,1	-	0,0	5	7,5	23	35,9	14	11,8	26	21,1	16	16,7
	Escola....	8	27,3	10	38,5	8	34,8	21	63,6	2	3,0	2	3,1	18	15,1	33	26,8	46	47,9
	Outro.....	2	6,9	6	23,0	3	13,0	9	27,2	3	4,5	4	6,3	8	6,7	19	15,4	27	28,2
	Rec saúde.	-	-	2	7,7	-	-	-	-	1	1,5	-	-	1	0,8	2	1,6	-	-
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	54	100,0	119	100,0	123	100,0	96	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- MOBILIDADE POPULACIONAL -

Tabela 23

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MOBPOP	Pessoas que deixaram o local no ano anterior....	4	2,6	19	13,4	-	-	-	-	11	3,3	12	3,4	15	2,5	31	4,6	7	1,1
	Pessoas que permaneceram	150	97,4	123	86,6	120	100,0	184	100,0	327	96,7	340	96,6	597	97,5	647	95,4	611	98,9
	TOTAL...	154	100,0	142	100,0	120	100,0	184	100,0	338	100,0	352	100,0	612	100,0	678	100,0	618	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 24

- MOTIVO DA MOBILIDADE POPULACIONAL -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MOTMOB	Escola	1	100,0	7	70,0	-	-	-	-	1	20,0	7	77,8	2	33,3	14	73,6	-	0,0
	Emprego ...	0	0,0	3	30,0	-	-	-	-	4	80,0	1	11,1	4	66,7	4	21,1	2	100,0
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11,1	0	-	1	5,3	-	-
	TOTAL ..	1	100,0	10	100,0	-	-	-	-	5	100,0	9	100,0	6	100,0	19	100,0	2	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 25

- EXPECTATIVA DE PERMANENCIA NO LOCAL -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NVASPENT	Deseja Continuar Residindo no local.....	11	37,9	16	61,5	20	87,0	32	100,0	53	79,1	53	81,5	84	70,6	101	82,2	81	78,6
	Não deseja continuar residindo no local.....	18	62,1	10	38,5	3	13,0	0	0,0	14	20,9	12	18,5	35	29,4	22	17,9	22	21,4
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	32	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	123	100,0	103	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

TABELA - 26

- MOTIVO DE DESEJAR CONTINUAR RESIDINDO NO LOCAL -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MTVASPET	Recursos de Saúde	1	3,5	1	3,9	1	4,5	-	-	3	4,5	-	-	5	4,2	1	1,1	-	-
	Gosto pelo ambiente....	7	24,1	11	42,3	10	45,5	-	-	30	44,8	38	58,5	47	39,8	49	53,8	56	55,4
	Escola.....	4	13,8	6	23,1	8	36,4	-	-	9	13,4	8	12,3	21	17,8	14	15,4	23	22,8
	Emprego....	7	24,1	4	15,4	2	9,1	-	-	5	7,5	5	7,7	14	11,9	9	9,9	2	2,0
	Velhice	4	13,8	1	3,8	-	-	-	-	8	11,9	5	7,7	12	10,2	6	6,6	20	19,8
	Outros	6	20,7	3	11,5	1	4,5	-	-	12	17,9	9	13,8	19	16,1	12	13,2	-	-
	Total	29	100,0	26	100,0	22	100,0	-	-	67	100,0	65	100,0	118	100,0	91	100,0	101	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- PERIODICIDADE DE VIAGENS -

TABELA - 27

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PRVIAGEM	Mediana (1)	2	-	...	...	2	-	4 a 6	-	1	-	4 a 6	-	1	-	4 a 6	-	12	-
	Máximo ...	30	-	...	...	12	-	52	-	36	-	52	-	36	-	52	-	52	-
	Mínimo ...	0	-	...	...	1	-	0	-	0	-	1	-	0	-	0	-	0	-
	Total de casos estudados	26	-	...	...	23	-	27	-	65	-	63	-	114	-	90	-	57	-

(1) Em viagens por ano

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- HÁBITO DE FUMAR -

TABELA - 28

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FUMAR	Fumam	38	42,5	37	50,0	36	56,3	54	52,4	56	34,2	62	35,0	130	41,7	153	43,2	129	48,0
	Não fumam ..	46	54,8	37	50,0	28	43,7	49	47,6	108	65,8	115	65,0	182	58,3	201	56,8	140	52,0
	Total (1) ...	84	100,0	74	100,0	64	100,0	103	100,0	164	100,0	177	100,0	312	100,0	354	100,0	269	100,0

(1) Total: população de 15 anos e mais

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- HÁBITO DE MASCAR FUMO -

TABELA - 29

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MASCAR	Nasçam	22	26,2	5	6,8	8	12,5	3	2,9	19	11,6	14	7,9	49	15,7	22	6,2	14	5,2
	Não nascam ..	62	73,8	69	93,2	56	87,5	100	97,1	145	88,4	163	92,1	263	84,3	332	93,8	255	94,8
	Total (1) ...	84	100,0	74	100,0	64	100,0	103	100,0	164	100,0	177	100,0	312	100,0	354	100,0	269	100,0

(1) Total: população de 15 anos e mais

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS
- HÁBITO DE ASPIRAR FUMO -

TABELA - 30

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANÓPOLIS	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CHEIRAM	Aspiram	15	17,9	2	2,7	8	12,5	0	0,0	50	30,5	27	15,3	72	23,1	29	8,2	16	6,0
	Não aspiram ..	69	82,1	72	97,3	56	87,5	103	100,0	114	69,5	150	84,7	240	76,9	325	91,8	253	94,0
	Total (1) ...	84	100,0	74	100,0	64	100,0	103	100,0	164	100,0	177	100,0	312	100,0	354	100,0	269	100,0

(1) Total: população de 15 anos e mais

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 34
- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PELAS GESTANTES -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RECSALGE	Sede do Município...		4	33,3	4	44,4	1	33,3	-	-	8	53,3	-	-	13	43,3	4	12,9	4	80,0
	Posto de Saúde Local.....		3	25,0	4	44,5	-	-	4	80,0	-	-	17	100,0	3	10,0	25	80,6	-	-
	Nenhum Recurso		5	41,7	1	11,1	2	66,7	1	20,0	7	46,7	-	-	14	46,7	2	6,5	1	20,0
	Total.....		12	100,0	9	100,0	3	100,0	5	100,0	15	100,0	17	100,0	30	100,0	31	100,0	5	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 35
- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PELA POPULAÇÃO EM GERAL -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RECSALPPP	Sede do Município..		22	75,9	10	38,5	13	56,5	-	-	60	90,9	-	-	95	80,5	10	8,1	81	78,6
	Posto de Saúde Local.....		-	-	11	42,3	-	-	33	100,0	-	-	64	100,0	-	-	108	87,8	7	6,8
	Outro local.....		7	24,1	4	15,4	10	43,3	-	-	3	4,6	-	-	20	17,0	4	3,3	15	14,6
	Outro fora.....		-	-	1	3,8	-	-	-	-	3	4,5	-	-	3	2,5	1	0,8	-	-
	Total.....		29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	66	100,0	64	100,0	118	100,0	123	100,0	103	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 36
- VACINAÇÃO ANTI-TÉTANICA DE GESTANTES -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VATGEST	Sim		3	25,0	3	33,3	1	25,0	3	60,0	6	33,3	4	19,0	10	29,4	10	28,6	11	40,7
	Não		9	75,0	6	66,7	3	75,0	2	40,0	12	66,7	17	81,0	24	70,6	25	71,4	16	59,3
	Total		12	100,0	9	100,0	4	100,0	5	100,0	18	100,0	21	100,0	34	100,0	35	100,0	27	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 37
- VACINAÇÃO ANTI-VARICÉLICA DE CRIANÇAS -

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VAVCR	Sim		14	56,0	6	24,0	11	84,6	3	18,8	21	35,0	11	21,2	46	46,9	20	21,5	9	7,8
	Não		11	44,0	19	76,0	2	16,4	13	81,2	39	65,0	41	78,8	52	53,1	73	78,5	106	92,2
	Total		25	100,0	25	100,0	13	100,0	16	100,0	60	100,0	52	100,0	98	100,0	93	100,0	115	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE
- VACINAÇÃO TRÍPLICE DE CRIANÇAS -

TABELA - 38

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VTRIPCR		Sim	0	0,0	27	84,0	0	0,0	8	50,0	6	10,0	9	17,3	6	6,1	38	40,9	15	13,0
		Não	25	100,0	4	16,0	13	100,0	8	50,0	54	90,0	43	82,7	92	93,9	55	59,1	100	87,0
		Total ...	25	100,0	25	100,0	13	100,0	16	100,0	60	100,0	52	100,0	98	100,0	93	100,0	115	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE
- VACINAÇÃO SABIN DE CRIANÇAS -

TABELA - 39

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VSABINCA		Sim	0	0,0	22	88,0	0	0,0	9	56,3	6	10,0	6	11,5	6	6,1	37	39,8	17	14,8
		Não	25	100,0	3	12,0	13	100,0	7	43,7	54	90,0	46	88,5	92	93,9	56	60,2	98	85,2
		Total ...	25	100,0	25	100,0	13	100,0	16	100,0	60	100,0	52	100,0	98	100,0	93	100,0	115	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE
- VACINAÇÃO ANTI-VARIOLICA DE ADULTOS -

TABELA - 40

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VAVAD		Sim	120	93,0	76	64,7	106	99,1	95	86,5	219	78,8	159	53,0	445	86,6	330	56,4	248	42,9
		Não	19	7,0	41	35,3	7	0,9	73	43,5	59	21,2	141	47,0	69	13,4	255	43,6	255	56,1
		Total	129	100,0	117	100,0	107	100,0	168	100,0	278	100,0	200	100,0	514	100,0	585	100,0	503	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE
- VACINAÇÃO ANTI-TÉTANICA DE ADULTOS -

TABELA - 41

VARIÁVEL	LOCAL	ÉPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
			ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VATAD		Sim	7	5,6	63	53,9	14	13,1	51	30,4	39	14,0	255	85,0	60	11,7	369	63,1	38	7,6
		Não	122	94,4	54	46,1	93	86,9	117	69,6	239	86,0	45	15,0	454	88,3	216	36,9	465	92,4
		Total	129	100,0	117	100,0	107	100,0	168	100,0	278	100,0	300	100,0	514	100,0	585	100,0	503	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 42

- DESTINO DOS DEJETOS -

LOCAL		CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
VARIÁVEL	EPOCA	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
	VALOR	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEJETOS 2	Sem fossa...	25	86,2	4	15,4	22	95,7	25	75,8	56	83,6	14	21,5	103	86,6	43	34,7	49	46,7
	Com fossa...	4	13,8	22	84,6	1	4,3	8	24,2	11	16,4	51	78,5	16	13,4	81	65,3	56	53,3
	Total	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 43

- ORIGEM DE AGUA DO ABASTECIMENTO -

LOCAL		CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
VARIÁVEL	EPOCA	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
	VALOR	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AGUA 2	Rio ou Córrego.....	22	75,9	1	3,8	23	100,0	32	97,0	67	100,0	65	100,0	112	94,1	98	79,0	-	-
	Fonte.....	-	-	18	69,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	14,5	3	2,9
	Poco.....	7	24,1	7	26,9	-	-	1	3,0	-	-	-	-	7	5,9	8	6,5	102	97,1
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 44

- TIPO DE PAREDES DAS HABITAÇÕES -

LOCAL		CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUCU				TOTAL				SILVANOÓPOLIS	
VARIÁVEL	EPOCA	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
	VALOR	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PAREDES	Pau-a-pique.....	3	10,3	1	3,8	9	39,1	15	45,5	28	41,8	15	23,1	40	33,6	31	25,0	18	17,1
	Adobe.....	26	89,7	24	92,4	14	60,9	18	54,5	37	55,2	48	73,8	77	64,7	90	72,6	87	82,9
	Tijolos.....	-	-	1	3,8	-	-	-	-	2	3,0	2	3,1	2	1,7	3	2,4	-	-
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 45

- POSSE DE FILTRO -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FILTRO	Não Possuem...	25	86,2	21	80,8	23	100,0	29	87,9	64	95,5	57	87,7	112	94,1	107	86,3	91	86,7
	Possuem...	4	13,8	5	19,2	-	-	4	12,1	3	4,5	8	12,3	7	5,9	17	13,7	14	13,3
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 46

- TIPO DO TETO DAS HABITAÇÕES -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TETO	Palha....	17	58,6	17	65,4	8	34,8	9	27,3	41	61,2	30	46,2	66	55,5	56	45,2	26	24,8
	Telhos...	12	41,4	9	34,6	15	65,2	24	72,7	26	38,8	35	53,8	53	44,5	68	54,8	79	75,2
	Total....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	65	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 47

- DESTINO DO LIXO DOMÉSTICO -

VARIÁVEL	LOCAL EPOCA VALOR	CANELA				IPOEIRAS				TAQUARUÇU				TOTAL				SILVANOPOLES	
		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		DEPOIS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LIXO	Exposto...	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	66	98,5	23	98,5	118	99,2	123	99,2	76	72,4
	Queimado..	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5	-	-	1	0,8	-	-	18	17,1
	Enterrado..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5	-	-	1	0,8	17	10,5
	Total.....	29	100,0	26	100,0	23	100,0	33	100,0	67	100,0	24	100,0	119	100,0	124	100,0	105	100,0

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 48

- NOTA DE QUALIDADE DA HABITAÇÃO -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA		IPOSEIRAS		TAGUARUÇU		TOTAL		OLIMPIQUE
	VALOR	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	DEPOIS
SCOREHAB	Nº de Ca- sas.....	29	26	23	33	67	65	119	124	105
	Média....	17,41	24,23	14,78	16,67	15,18	19,91	15,66	19,95	25,19
	Desvio Pa- drão.....	5,34	3,90	2,45	4,29	3,64	3,82	3,84	4,71	4,46
	Mínima....	12,00	15,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	10,00
	Máxima....	32,00	34,00	22,00	26,00	28,00	22,00	32,00	34,00	34,00

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 49

- NOTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE (I) -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA		IPOSEIRAS		TAGUARUÇU		TOTAL		OLIMPIQUE
	VALOR	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	DEPOIS
ISABEE 1	Nº de Ca- sas.....	29	26	23	33	67	65	119	124	...
	Média....	18,86	25,12	14,78	48,70	18,99	44,40	17,41	41,80	...
	Desvio Pa- drão.....	6,34	5,81	6,08	5,99	7,16	5,64	7,10	10,35	...
	Mínima....	2,00	14,00	4,00	35,00	2,00	28,00	2,00	14,00	...
	Máxima....	33,00	35,00	25,00	56,00	52,00	59,00	52,00	59,00	...

(I) Qualidade a partir de escala ponderada, por intermédio de juizes - Ver metodologia

COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

TABELA - 50

- NOTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE (II) -

VARIÁVEL	LOCAL	CANELA		IPOSEIRAS		TAGUARUÇU		TOTAL		OLIMPIQUE
	VALOR	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	DEPOIS
ISABEE 2	Nº de Ca- sas.....	29	26	21	31	65	58	118	115	88
	Média....	11,43	13,96	13,07	17,93	12,15	16,08	12,14	16,10	14,13
	Desvio pa- drão.....	1,48	1,41	1,74	0,88	1,53	1,13	1,63	1,80	1,43
	Mínima....	9,00	11,75	8,75	15,50	9,75	12,50	8,75	11,75	11,25
	Máxima....	15,50	17,00	16,75	19,25	17,00	17,75	17,00	19,25	17,75

(II) Qualidade a partir de escala não ponderada, por intermédio de um examinador - Ver metodologia

Tabela 51 COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
- MODIFICAÇÕES NA QUALIDADE DE HABITAÇÃO - (I)
TESTE DE MACNEMAR

LOCAL	IPOEIRAS				CANELA				TAQUARUÇÓ			
	n	T ₁	T ₂	α	n	T ₁	T ₂	α	n	T ₁	T ₂	α
DEJETOS 2	4	-	4	<0,001	14	14	14	<0,001	34	34	-	<0,001
ÁGUA 2	1	-	1	<0,001	13	9,31	12	<0,001	0	-	-	-
PAREDES	2	-	1	<0,25	3	0,33	2	<0,125	6	6	6	<0,001
FILTRO	2	-	2	<0,001	3	0,33	2	<0,125	7	4,17	6	<0,018
TETO	3	-	4	<0,031	8	4,5	1	<0,9678	5	5	5	<0,001
LIXO	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-

(I) Apenas famílias que participaram de ambos os inquéritos ("antes" e "depois")

Tabela 52 COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - GOIÁS
- MODIFICAÇÕES DE NOTAS ("Scores") DE QUALIDADE DE HABITAÇÃO E DE
INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO À SAÚDE - (I)
TESTE DE WILCOXON

LOCALIDADE	IPOEIRAS				CANELA				TAQUARUÇÓ			
	n	T	WO,111	α	n	T	WO,111	α	n	T	WO,111	α
SCORE HAB	10	55	51	<0,005	19	171,5	157	<0,005	40	820	602	(3) <0,005
I SAÚDE 2(1)	14	105	92	<0,005	19	176	157	<0,005	41	856	629	(3) <0,005
I SAÚDE 1(2)	16	136	116	<0,005	19	177	157	<0,005	47	1.126	807	(3) <0,005

(I) Apenas famílias que participaram de ambos os inquéritos ("antes" e "depois").

(1) Nota a partir de ponderação de variáveis aferidas por conjunto de juízes.

(2) Nota a partir de variáveis não ponderadas, aferidas por um examinador segundo critérios estabelecidos por conjunto de técnicos.

(3) De fato α < 0,0001

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL - GO.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA À ZONA RURAL

1. - Objetivos:

- 1.1. Organizar e desenvolver atendimento médico-sanitário na zona rural, visando tanto ao tratamento quanto à prevenção de doenças.
- 1.2. Promover o desenvolvimento das comunidades rurais, com aproveitamento de seus recursos humanos e estímulo à contribuição de sua população para solução dos problemas sanitário-sociais.
- 1.3. Descentralizar a ação municipal, aprofundando seus benefícios também para a zona rural.

2. - Diretrizes:

- 2.1. Trabalhar em integração com os órgãos estaduais e federais de saúde existentes no município, bem como as agências de promoção humana atuantes na região.
- 2.2. Formar pessoal auxiliar de saúde da própria região, recrutado nas comunidades rurais que serão atendidas.

3. - Área a ser atingida:

Serão atendidos pelo plano (4) quatro distritos do município de Porto Nacional: Fátima, Ipueiras, Canela e Silvanópolis, além da localidade de Taquaruçu.

4. - Programa de Ação:

Serão organizados 5 postos de Saúde, um em cada uma das localidades, para instalação progressiva dos seguintes serviços:

- 4.1. Assistência Sanitária à Criança;
- 4.2. Assistência Sanitária à Gestante;
- 4.3. Assistência Sanitária a adultos em geral;
- 4.4. Saneamento Básico do Meio;
- 4.5. Controle das Doenças Transmissíveis;
- 4.6. Assistência Odontológica; (prestada na sede do Município);
- 4.7. Educação Sanitária e Organização da Comunidade;

5. - Descrições das Técnicas:

Para o desenvolvimento deste Programa serão equipados 5 postos de atendimento médico rural, onde se realizarão as consultas médicas, cirurgias e atendimento dentário

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

de triagem e de onde irradiar-se-ão as atividades educativas de saúde. Os Postos procurarão desenvolver programas de melhoria da comunidade, com estímulo a hortas, criações, construção de fossas, etc.

Será, inicialmente, feito um levantamento geral das condições de saúde da população local.

O atendimento clínico e dentário efetuar-se-á periodicamente havendo seguimento dos casos por um funcionário treinado, para a execução de todo o programa de ação, pelos órgãos de saúde e agências de desenvolvimento locais

6. - Prazo:

A execução do plano iniciar-se-á em novembro de 1971, procedendo-se inicialmente, à formação dos atendentes rurais e equipamento dos postos, prevendo-se o seu funcionamento total em fins do 1º semestre de 1972.

7. - Recursos:

7.1. Humanos

- 5 atendentes rurais de saúde (8 hs. diárias)
- Supervisão médica periódica
- Equipe supervisora na sede do município:
 - Representante da Unidade Mista de Porto Nacional;
 - Representante da Prefeitura Municipal;
 - Representante da SUCAM;
 - Representante da Escola Experimental de Auxiliar de Enfermagem;
 - Representante do Escritório local da ACAR-GOIÁS;
 - Representante da COMSAÚDE;
 - Representante da Ação Comunitária Portuense.
- 1 Profissional do campo de saúde
- 1 representante do Sindicato Rural

7.2. Materiais

Investimento:

Equipamento dos postos rurais, com recursos municipais relativos ao Fundo de Participação e com os do Sindicato Rural.

5 salas para funcionamento dos postos, com água e sanitário (aproveitamento das instalações escolares municipais, já existentes).

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Manutenção Mensal

- Verba para material de consumo dos postos, CR\$ 500,00 proveniente do Sindicato Rural, além dos recursos municipais destinados à saúde. (para papelaria, melhorias locais, atendimento médico, etc.).
- Verba para remuneração dos atendentes CR\$ 1.000,00
- Veículo de transporte rural e combustível, fornecido pela Prefeitura Municipal.

8. - Avaliação:

Cada aspecto do Programa será controlado através da medição de índices de saúde e das realizações da comunidade quanto à prevenção de doenças, sendo mensalmente analisado pela equipe supervisora em conjunto com os funcionários de campo.

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

COMPETENCIA DAS ENTIDADES INTEGRADAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-SANITÁRIA À ZONA RURAL NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

A - Ao Sindicato Rural compete:

1. Fornecer ao Programa, enquanto este durar, o material para equipamento de dois postos rurais;
2. Fornecer mensalmente CR\$1.500,00 para manutenção dos postos destinados ao pagamento das atendedoras rurais e à aquisição de materiais para seu funcionamento;
3. Encaminhar ao Funrural boletim estatístico mensal dos atendimentos efetuados, discriminando o número de doentes e espécies de enfermidades tratadas;
4. Promover o fornecimento de guias para encaminhamento dos beneficiários da Previdência Social rural, para consultas e internamento na sede.

B - A Unidade Mista (OSEGO) compete:

1. Promover, em conjunto com a Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem (OSEGO), a ACAR-GOIÁS, e a SUCAM, o treinamento e a supervisão dos atendedoras rurais, fornecendo-lhes, a habilitação para desempenho do trabalho nos postos, selecionando, entre os candidatos, os que apresentaram melhores condições para este tipo de trabalho.
2. Estabelecer normas e rotinas para o desenvolvimento das atividades de Saúde na zona rural.
3. Colaborar nos programas de visitas aos postos rurais
4. Procurar integrar suas atividades de saúde pública para a zona rural no presente P.A.M.S.

C - A ACAR-GOIÁS compete:

1. Fornecer orientação técnica para os programas cooperativos ou individuais relacionados com atividades agrícolas e criação de animais, cujo desenvolvimento se estimulará nas localidades dos postos, como aspecto indispensável à melhoria da saúde da população atendida.
2. Divulgar, junto aos agricultores, o trabalho dos postos rurais e suas condições de atendimento.
3. Participar da formação dos atendedoras rurais.
4. Fornecer o material para equipamento de 2 postos rurais, doado pela UNICEF.

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

D - A SUCAM compete:

1. Fornecer orientação técnica, lâminas e medicamentos ao atendente rural para cumprimento das funções de notificador do órgão.
2. Utilizar os postos rurais como postos de vacinações da SUCAM em todas as campanhas que o órgão vier a promover, no sentido de integrar suas atividades dentro do presente programa.
3. Divulgar o trabalho dos postos rurais através das atividades dos guardas.
4. Participar da formação dos atendentes rurais.

E - A Prefeitura Municipal compete:

1. Fornecer as instalações adequadas, necessárias ao funcionamento dos postos rurais.
2. Fornecer transporte para deslocamento do pessoal da sede do município até os postos rurais.
3. Fornecer material para equipamento de 3 postos rurais.
4. Proporcionar condições para alojamento dos serviços de Secretaria e administração do Programa e para o funcionamento do Conselho Técnico e Administrativo.
5. Manter um funcionário administrador para as funções executivas de saúde.
6. Designar, para seu representante no C.T.A., o Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal.
7. Fornecer os recursos disponíveis no orçamento municipal para o setor Saúde.

F - A Escola Experimental de Auxiliar de Enfermagem compete:

1. Promover, em conjunto com a Unidade Mista, a ACAR e a SUCAM, o treinamento e a supervisão dos atendentes rurais.
2. Integrar dentro do currículo estudantil atividades de assistência à zona rural, promovendo visitas e trabalhos periódicos em cada posto rural, tendo em vista a formação dos estudantes e a supervisão dos trabalhos dos postos.
3. Orientar e fornecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho de Educação Sanitária Rural.

G - A COMSAÚDE compete:

1. Orientar e fornecer subsídios para o trabalho relacionado à nutrição, na área rural, notadamente nos aspectos de organização da comunidade.

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

2. Auxiliar na elaboração de material fotográfico e demais audiovisuais para o trabalho de Educação Sanitária e divulgação do programa.
3. Colaborar na elaboração de planos e metas a serem atingidas anualmente pelo P.A.M.S. à zona rural.

H - A Ação Comunitária Portuense compete:

1. Organizar meios de divulgação do Programa na comunidade.
2. Colaborar na avaliação dos levantamentos realizados para fins de supervisão, no sentido de definir a repercussão e penetração do Programa na comunidade.
3. Integrar as atividades do P.A.M.S. dentro de sua programação.

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

**CONSELHO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO SANITÁRIA À ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

Artigo 1º - O Conselho Técnico e Administrativo do Programa é constituído por 9 membros, representantes de cada um dos órgãos integrados no Programa de Assistência Médico Sanitária à zona rural e por 1 funcionário administrativo, indicado pela Prefeitura do Município de Porto Nacional

Artigo 2º - O Presidente do Conselho será o Chefe do Serviço de Saúde da Prefeitura, nomeado nos termos da Lei 576 de 20 janeiro de 1969.

Artigo 3º - Os Órgãos representados no Conselho são os seguintes:

- a) Sindicato Rural de Porto Nacional;
- b) Escola Experimental de Auxiliar de Enfermagem (OSEGO)
- c) Escritório Local da ACAR-GOÍAS;
- d) Comsaúde - Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação - sociedade civil sem fins lucrativos;
- e) Unidade Mista de Porto Nacional - OSEGO;
- f) SUCAM;
- g) Prefeitura Municipal de Porto Nacional;
- h) Ação Comunitária Portuense;

§ 1º - Será, também, membro do Conselho um funcionário administrador, contratado pela Prefeitura, responsável pelo desenvolvimento do Programa;

§ 2º - A admissão de representantes de novas entidades poderá ser votada pelo C.T.A., quando proposta for pelo menos por 3 de seus membros.

Artigo 4º - Ao Conselho competem as seguintes atribuições:

- a) Definir diretrizes e propor medidas para a ampliação do alcance do Programa, inclusive quanto a áreas geográficas e objetivos da atuação;
- b) Divulgar o programa, procurando promover, assim, a participação da comunidade no seu desenvolvimento;
- c) Aprovar e fiscalizar o uso dos recursos financeiros e materiais destinados ao Programa;
- d) Promover levantamentos, visitas e outros meios para supervisão dos trabalhos desenvolvidos dentro do Programa;

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

- e) Receber e emitir parecer sobre os relatórios mensais de trabalho elaborados pela entidade de cada posto rural, prevendo a orientação e aperfeiçoamento técnico contínuo do pessoal do campo.

§ 1º - Dentro do C.T.A., compete ao funcionário administrador, especificadamente, além das demais funções de conselheiro:

- a) Coordenar todas as atividades e tarefas do Programa;
- b) Responsabilizar-se pela guarda e conservação do material, utilizado pelo Programa;
- c) Verificar a frequência das atendentes rurais;
- d) Providenciar a documentação do trabalho;
- e) Lavrar as atas de todas as sessões do Conselho;
- f) Manter em ordem o arquivo de documentos do C.T.A.

Artigo 5º - Ao Presidente do Conselho compete:

- a) Dirigir as sessões do conselho;
- b) Convocar as reuniões do C.T.A., que serão realizadas ordinariamente bimestralmente, ou extraordinariamente, quando se fizer necessário;
- c) Representar externamente o C.T.A.;
- d) Aprovar as atas e demais documentos do Programa, inclusive os destinados à divulgação do trabalho.

Artigo 6º - O C.T.A. reunir-se-á bimensalmente, em data fixada pelo Presidente, com a presença de dois terços de seus membros em 1ª. convocação, e, em 2ª. convocação, 30 minutos depois, com qualquer número.

GUIA DE PRIMEIROS SOCORROS

1. Dor de Cabeça: Sem febre, se houver febre, buscar neste item (febre)

1.1. Aguda - Tomar a pressão

1.1.1. Pressão normal: Analgésico - Aspícame ou Dipirona, 1 cp.
VO até 4x dia, se necessário.

Criança: 0 - 1 ano: 1/4 cp. VO 4 x dia ou 1 cp infantil.

1 - 8 anos: 1/2 cp. VO 3 x dia

8 anos em diante igual a adulto.

Melhorou

Não melhorou: referir consulta

1.1.2. Pressão alta: Suspender o sal da dieta.

Aspícame ou Dipirona: 1 cp. VO até 4 x dia,
se necessário.

- Encaminhar a Unidade

1.2. Crônica.

1.2.1. Pontos dolorosos no rosto (testa, maçã do rosto)

Aspícame ou Dipirona 1 cp. VO até 4 x dia, se necessário.

- Referir consulta.

1.2.2. Sem pontos dolorosos no rosto. Tomar pressão.

1.2.2.1. Pressão alta - Suspender o sal da dieta

- Aspícame ou Dipirona: 1 cp. VO até 4 X
dia, se necessário.

- Encaminhar a Unidade.

1.2.2.2. Pressão Normal

1.2.2.2.1. Mucosas coradas - Referir consulta.

1.2.2.2.2. Mucosas descoradas:

Adulto: GLICOFER - 1 dg. VO 2 x dia

VERMIFUGOS - Piperazina dg. 1 cp. VO 4 x dia - 7 d.

- Tetramisol 1 cp. VO após o jantar. Re-
petir após 1 semana.

- T.C.E.: 10 dg. em jejum, alimentar 4
horas depois. Repetir após 1
semana.

NOTA: Neste Guia considera-se: 1) Pressão Alta: quando a mínima for de 10 cm de mercúrio ou mais, 2) Pressão Baixa: Quando a máxima for de 8 cm de mercúrio ou menos, 3) Temperatura Alta (febre) quando for maior de 37°C.

2. Tonturas - .Se houver febre, enjôo, diarreia, buscar estes ² sintomas

2.1. Aguda. Pressão arterial

2.1.1. Pressão alta:

- Suspende o sal da dieta
- Aspiceme ou Dipirona:
1 cp. VO até 4 x/dia se necessário
- Encaminhar a Unidade

2.1.2. Normal - Multivitam 1 cp, VO 2x/dia durante 10 dias

2.1.3. Baixa - Vitaminas e Sais. Multivitam: 1 cp. VO 2x/dia durante 10 dias

- Repouso
- Verificar se não há algum sangramento. ou perda de líquido (diarreia ou vômitos).

2.2. Crônica: Referir consulta.

2.2.1. Mucosas coradas - Referir consultas

2.2.2. Mucosas descoradas - Adulto: GLICOFER - 1 dg. VO 2x dia
VERMÍFUGOS: Piperazina Dg.
1 cp. 4x/dia, 7 dias.
ou TETRAMISOL: 1 cp. VO após
o jantar, repetir após 1
semana.
T;C-E;: 10 dg. em jejum. /
alimentar 4 hs. depois, Repetir após 1 semana.

3. Sintomas mentais: (nervosismo, Esquecimento, Comportamento estranho) - Referir consulta, de uma forma geral, com exceção de:

3.1.1. PA Elevada - Suspende o sal da dieta

- Aspiceme ou Dipirona: 1 cp. VO 4x dia, se necessário.
- Encaminhar a Unidade.

3.1.2. PA Normal - Multivitam - 1 cp. VO 2x dia, durante 10 dias

3.1.3. PA Baixa - Se PA baixa de 7, ligar S.F. e encaminhar a Unidade.

3.2. Convulsões

3.2.1. T.Normal - Diazepam - injetável - E.V., o necessário para cessar a convulsão (bem lento),

Em criança - 0 - 6 anos - 0,5 E;V;.

6 -12 anos - 1 cc E.V.

12 anos em diante - 2 cc EV (com

2cc. geralmente cessa a convulsão)

Se não conseguir pegar a veia dar:

Fenobarbital - Até 2 anos - 1/4 amp.no musculo.

- De 2 - 7 anos - 1/2 amp. no musculo.

- Acima de 7 anos e adulto - 1 amp. no musculo.

3.2.2. T.Elevada - Antitermicos - Adulto: Dipirona - 1 amp.(2cc) IM até 4 xdia, se necessário.

- Crianças - De 2- 8 anos - 0,5cc IM 3x dia., De 8-12 anos - 1 cc IM 3 x dia.

- Banhos frios.

- Anticonvulsivos - Diazepan injetável -EV. o necessário para / cessar a convulsão (bem lento)

- Em crianças:

0 - 6 anos -0,5 cc EV.

1 -12 anos - 1 cc E.V.

12 anos em diante - 2 ccEV. (com 2 cc, geralmente cessa a convulsão). Se não conseguir pegar a veia dar:

- Fenobarbital -

Até 2 anos -1/4 amp.no musculo .

De 2 - 7 anos -1/2 amp. no musc.

Acima de 7 anos e adultos - 1amp. no musculo.

ORGÃOS DO SENTIDO

4. Olho:

4.1. Distúrbio da acuidade visual (enxergar mal) - Encaminhar ao oculista

4.2, Estrelinhas ou manchas na visão.

4,2.1. PA Normal - Encaminhar ao oculista

4.2.2. PA Elevada - Suspender o sal da dieta

- Aspicame ou Dipirona: 1cp.VO 4xdia, se necessário

- Encaminhar a Unidade

4.3. Dor d'olhos. Avermelhamentos das conjuntivas com ou sem pus (vermelho do olho)

Colirio de Cloranfenicol - 2 gts. em cada olho
2 x dia.

Criança: igual.

4.4. Tracoma. Avermelhamento das conjuntivas com granulção na palpebra.

- Colirio de Clorexenicol - 2 gts. em cada olho 2x dia.
- Sulfalém: Adulto - 1 cp. VO 2x dia (1º dia)
1 cp. VO/dia (20 dias)
- Criança - 1 - 3 anos - 1/2 cp. VO (1º dia)
- 1/4 cp. VO/dia (20 dias)
- 3 - 8 anos - 1 cp. VO (1º dia)
1/2 cp. VO/dia (20 dias)
- 8 anos em diante igual a adulto.

-Referir consulta.

5. Ouvidos:

5.1. Distúrbio de acuidade auditiva -(não ouve bem) - Referir consulta.

5.2. Dor de Ouvido -

5.2.1. Sai pus do ouvido:

- Duocillim - 1 fr. IM. de 12/12 hs durante 6 dias
- Criança: menores de 6 meses - não usar; encaminhar a Unidade de 6 meses a 1 ano - 1 fr. IM/dia - 6 dias
1 ano em diante: 1 fr. IM 12/12 horas - 6 dias.

- Água oxigenada: lavar ouvido 3 x dia
- Otalgex: 2 gts. no ouvido doente 3 x dia.

5.2.2. Não sai pus do ouvido:

(igual 5.2.1. com exceção da água oxigenada).

5.3. Inseto no ouvido: Fazer lavagem de ouvido: se não sair Encaminhar a Unidade.

5.4. Zumbidos nos ouvidos - PA Normal - Referir consulta

- PA Elevada - Suspender o sal da dieta
- Aspiceme ou Dipirona: 1 cp. VO 4x dia, se necessário.
- Encaminhar a Unidade

6. Nariz

6.1. Nariz entupido - Soro fisiológico 2 gotas 4 x/dia cada narina.

6.2. Corrimento purulento crônica: Referir consulta

- 6.3. Epistaxis (Hemorragia nasal) - Repouso e tomar PA - Normal
 - Elevada: Suspende o sal da dieta.
 Encaminhar a Unidade.
 - Tamponamento anterior com gase. Se não melhorar - Encaminhar Hospital.

APARELHO DIGESTIVO

7. Vômitos:

7.1. Sem diarreia: Adulto: Nauseam 1 amp. IM até 3x dia, se necessário.

Criança: Nauseam infantil

- 0 - 6 meses, 0,2ml IM 3 x dia
- 6 -12 meses, 0,4ml IM 3 x dia
- 1 - 4 anos, 1/4 amp. IM 3 x dia
- 4 - 8 anos - 1/2 amp. IM 3 x dia
- 8 -12 anos, 1/2 amp. IM 4 x dia
- Nauseam (gotas)
- 0 - 6 meses - 4 gts. VO 4 x dia
- 6 -12 meses - 8 gts. VO 4 x dia
- 1 - 4 anos -10 gts. VO 4 x dia
- 4 - 8 anos - 12 gts. VO 4 x dia
- 8 -12 anos - 15 gts. VO 4 x dia

7.2. Com diarreia: Item 7.1.

Idem 8

7.3. Vômitos com sangue - Encaminhar rapidamente ao Hospital.
 Ligar SF 500cc EV.

8. Diarreia:

10 anos ou mais e adultos.

1. Suspende alimentação
 2. Hidrax a vontade de hora/hora
 3. Kaopec ou Carbonato Calcio: 1 colher/sopa VO de 4/4 hs.
 4. Elixir paregórico: 1 colher chá VO de 6/6 horas.
 5. Sulfaguanidina: 2 cp. VO de 6/6 horas.
- Se não melhorar em 24 hs. encaminhar a Unidade

D 6

6

Crianças:

1. Suspender a alimentação
2. Hidrax ao 1/2 do hora/hora a vontade
Se vomitar o Hidrax dar nauseam de acordo com as doses (item 7.1)
3. Kaopec ou carbonato de calcio - 1 colher /chá VO de / 3/3 horas.
4. Elixir paregórico
 - 0 - 1 mês - 2 gts. VO 3 x dia
 - 1 - 3 meses - 3 gts. VO 3 x dia
 - 3 - 6 meses - 5 gts. VO 4 x dia
 - 6 -12 meses - 7 gts. VO 4 x dia
 - 1 - 4 anos -10 gts. VO 4 x dia
 - 4 - 6 anos -15 gts. VO 4 x dia
 - 6 -12 anos -20 gts. VO 4 x dia
- Se não melhorar ou se a diarréia for muito intensa, encaminhar a Unidade urgente.
- Se melhorar, realimentar:
 1. Se for lactante, realimentar com leite mais diluído e em pequenos volumes. Retornar gradativamente a ' alimentação anterior à diarréia.
Oferecer bastante água fervida nos intervalos.
 2. Crianças maiores que 1 ano, realimentar com comidas leves: arroz bem cozido com caldo de carne e alguns legumes bem cozidos. Tomar bastante água fervida.
Retornar gradativamente a alimentação anterior à diarréia.
Continuar com os medicamentos, retirando-os gradativamente. Se apresentar febre: Adulto: Dipirona 1 cp. VO 6/6 horas; Criança: 1/4 cp. VO 6/6 horas.

9. Prisão do Ventre:

- 9.1. Habitual - Tratar como 9.2 e referir consulta.
- 9.2. Ocasional- Leite de magnésia: 2 c/sopa VO. (não dar para criança).
- Se não der resultado. Lavagem intestinal.

10. Dor no estomago:

- 10.1 Em queimação - Hidroxigel: 1 cp. ou 1c./sopa nos intervalos das refeições e à noite.

Tratar Verminose (Ascaris e Ancilostomos).(Item 11.1)

- Se não melhorar, referir consulta.

10.2. Em colicas (dor torcida)

10.2.1. Elixir paregórico:

0 - 1 mês - 2 gts. VO 3 x dia
 1 - 3 meses - 3 gts. VO 3 x dia
 3 - 6 meses - 5 gts. VO 4 x dia
 6 -12 meses - 7 gts. VO 4 x dia
 1 - 4 anos -10 gts. VO 4 x dia
 4 - 6 anos -15 gts. 4 x dia -VO.
 6 -12 anos -20 gts. VO 4 x dia
 Adulto - 1 colher chá VO 4 x dia

- Se a colica for muito intensa: Buscopam composto
 1 ampola I.M.

(não dar em crianças)

10.2.2. Se além da cólica apresentar vômitos:

Nauseam: Adulto: 1 amp. IM até 3 x/dia, se necessário.

Crianças:

Nauseam injetável:

0 - 6 meses - 0,2ml. IM 3x/dia
 6 -12 meses - 0,4ml. IM 3x/dia
 1 - 4 anos - 1/4 amp. IM 3x/dia
 4 - 8 anos - 1/2 amp. IM 3x/dia
 8 -12 anos - 1/2 amp. IM 4x/dia

Nauseam (gotas)

0 - 6 meses - 4 gts. VO 4x/dia
 6 -12 meses - 8 gts. VO 4x/dia
 1 - 4 anos -10 gts. VO 4x/dia
 4 - 8 anos, 12 gts. VO 4x/dia
 8 -12 anos, 15 gts. VO 4x/dia

11. Dor de barriga: Se tiver diarréia ou vômitos tratar como indicamos itens 7 e 8.

11.1. Elimina Vermes -

- Ancilostomos: T.C.E. - 10 dg. em jejum.
 alimentar 4 hs. depois.
 Repetir após 1 semana.

Menos que 10 kg. não dar

10 - 15 kg. - 2 dg.
 15 - 20 kg. - 3 dg.
 20 - 25 kg. - 4 dg.
 25 - 30 kg. - 5 dg.
 35 - 40 kg. 8 dg.

Em Jejum, alimentar 4 hs. depois. Repetir apos
 1 semana.

11.1.2. - Ascaris - Piperazina dg. 1 cp. VO 4x/dia - 7 dias

ou

Tetramisol: 1 cp. VO após o jantar, Repetir após 1 semana

Criança:

Piperazina (xarope)

1 - 3 anos - 1 colher café VO 2x/dia
7 dias.

3 - 6 anos - 1 C. chá VO 2x/dia - 7 dias

6 - 12 anos - 1 cl. chá VO 3x/dia - 7 d.

ou

Tetramisol cp.

1 - 7 anos, 1/2 cp. VO após o jantar.

Acima 7 anos - 1 cp. VO após o jantar

Repetir após 1 semana.

11.1.3. Elixir paregórico:

0 - 1 mês, 2 gts. VO 3x/dia

1 - 3 meses, 3 gts. VO 3x/dia

3 - 6 meses, 5 gts. VO 4x/dia

6 - 12 meses, 7 gts. VO 4x/dia

1 - 4 anos, 10 gts. VO 4x/dia

4 - 6 anos, 15 gts. VO 4x/dia

6 - 12 anos, 20 gts. VO 4x/dia

Adulto - 1 colher chá VO 4x/dia

11.2. Não elimina vermes:

Elixir paregórico (ver doses no item 11.1.3.)

12. Mal de Entalo: Quando come, sente a comida "parar" na região atrás do peito.

Referir Consulta.

13. "Colicas de Fígado":

13.1. Com ictericia - Buscopam composto - 1 amp. IM. e encaminhar ao Hospital.

Não dar em crianças. Encaminhar à Unidade.

13.2. Sem ictericia - Buscopam composto 1 amp. IM.

Referir consulta.

14. Parada de Eliminação de Gases e fezes - Sonda gástrica - Hospital urgente.

Se houver vômitos: trata-los.

15. Hemorróidas internas - Sangramento anal, vivo durante ou logo após as evacuações.

Leite de Magnésia: 2 c/sopa VO.

Referir consulta.

16. Hemorroidas Externas - Pequenos tumores perianais extremamente dolorosos.
- Referir consulta

APARELHO RESPIRATÓRIO

17. Resfriado comum:

17.1. Corrimento nasal: tomar bastante líquido (água, sucos de frutas)

17.2. Entupimento do nariz:

S.F. 5 gts. nas narinas 4x/dia

Aspiceme adulto: 1 cp. VO 3x/dia

criança: 1 cp. inf. 3x/dia

18. Gripe: Tosse com expectoração + febre

1 - tomar bastante líquido

2 - A.F.C. Adultos - 1 cp. VO 4x/dia

Criança: 1/2 cp. VO 4x/dia

3 - Xarope de Iodeto de Potássio.

Adulto: 2 c/chá VO 3x/dia

Criança:

0 - 5 anos, 1/2 c/chá VO 3x/dia

5 - 12 anos, 1c/chá VO 3x/dia

19. Amigdalite Aguda: Amígdalas aumentadas de tamanho e avermelhadas. "Dor de garganta"

- Aspiceme - Adulto 1 cp. VO 4x/dia

- Criança, 1 cp. inf. VO 4x/dia

19.1. Sem "dor nas articulações"

- Adultos: Bemzapem (1.200.000 u) 1 fr. IM

- Criança: Bemzapem IM.

Até 3 anos - (300.000 u) (1/2 fr. de 600.000)

De 3 - 10 anos - (600.000 u) - 1 fr. IM

De 10 anos em diante (1.200.000 u) - 1 fr.
I.M.

Perguntar antes, se tem alergia a Penicilina, se tiver não usar o esquema.

Se tiver reação após o uso:

Adrenalina - 1:1000 - 0,3cc por via subcutânea cada 20 minutos, até melhorar (no máximo 2 vezes)

- Criança acima de 4 anos - mesmo esquema que adulto.

- Crianças menores que 4 anos:

0,1 cc S.C. cada 20 minutos, até melhorar (no máximo 2 vezes)

19.2 -Com dor nas articulações (inchaço, calor, dor) e vermelhidão (joelho, cotovelo, quadril) - Fazer o esquema anterior (19.1.)

Encaminhar ao Hospital.

20. Laringite: Tosse, voz rouca ou não consegue falar (igual ao esquema 21)

21. Bronquite: Tosse, expectoração abundante, febre.

Xarope de Iodeto de Potássio:

- Adulto: 2 c/chá VO 3x/dia

- Criança: 0 - 5 anos 1/2 c/chá VO 3x/dia

5 -12 anos 1 c/chá VO 3x/dia

Aspicame - Adulto 1 cp. VO 4x/dia

Criança 1 cp. inf. VO 4x/dia

22. Pneumonia: Antecedente de Infecção de Vias aéreas (19,20,21), febre, escarros amarelados ou "cor de tijolos". Dores em pontos definidos da parede com ou sem dispnéia.

Encaminhar ao Hospital.

23. Asma: Falta de ar o "chiado" no peito.

23.1. Sem febre

23.1.1. Discreta:

Adulto: Aminofilina: 1 amp. E.V. lentamente

Criança: Encaminhar a Unidade.

23.1.2. Intensa: Encaminhar a Unidade

23.2. Com febre:

Adulto: Aminofilina 1 amp. E.V. lentamente.

Dipirona 1 cp. VO 3x/dia

Encaminhar ao Hospital

Criança: Aspicame 1 cp. inf. 3x/dia

Encaminhar ao Hospital

24. Tuberculose Pulmonar:

Febre de tarde (baixa)

Suores noturnos

Emagrecimento

Tosse seca ou com pouco catarro

(Atenção: Sintomas crônicos)

Encaminhar ao Hospital, reforçando os sintomas.

APARELHO URINÁRIO25. Cistite (ardência ao urinar)

Adulto: Líquido em quantidade (2 litros /dia)

Sulfadiazina 2 cp. VO de 6/6 horas durante 10 d.

Encaminhar a Unidade.

Criança: Encaminhar a Unidade.

26. Dificuldade ao urinar: Encaminhar a consulta.27. Urina presa ou sem urinar por 24 horas - Encaminhar a Unidade.28. Urina Sangue:

28.1. PA elevada:

Suspender o sal da dieta

Encaminhar a Unidade.

28.2. PA Normal

28.2.1. Com dor para urinar.

Dipirona 1 cp. VO até 4x/dia, se necessário.

Encaminhar a Unidade.

28.2.2. Sem dor para urinar:

Líquidos a vontade

Encaminhar a Unidade.

29. "Dor nos rins" - Referir consulta.30. Perda de urina - Los esforços (tosse, riso, etc.) Referir consulta31. "Vasamento" de urina - Referir consulta32. Urina em grande quantidade - Referir consulta.APARELHO GENITAL FEMININO33. Dores Mentruais - Dipirona 1 cp. VO até 4x/dia, se necessário
se não melhorar - Buscopam composto 1 amp. IM.34. Atraso Menstrual: Aguardar confirmação da gravidez para encaminhar a rotina de gestante.35. Hemorragia Genital:

35.1. Pequena quantidade - Repouso absoluto, Controlar P.e PA
Se tiver colica: Buscopam 1 amp. I.M.

35.2. Grande quantidade - Encaminhar urgente a Unidade
Se PA for baixa, ligar S.F. 500ml.

26. Corrimento Vaginal - Lavagem com 1 litro de água fervida+ 1 colher de sopa de vinagre.

Marcar consulta.

Se além de corrimento apresentar febre, dores intensas no pé da barriga, com parada de eliminação de fezes e gases encaminhar ' urgentemente ao Hospital.

37. Útero Caído: (colo uterino aparece à vulva quando faz esforços):
Referir consulta.

38. "Doença do Mundo" Benzapen (1.200.000 u) 6 frascos
Aplicar 1 fr. IM. cada 3 dias
Referir consulta.

APARELHO GENITAL MASCULINO

39. "Doença do Mundo" Benzapen (1.200.000 U) 6 frascos
Aplicar 1 fr. I.M. cada 3 dias e
Referir Consulta:

APARELHO LOCOMOTOR

40. Dores nas Juntas:

40.1. Com inflamação (calor vermelhidão)

40.1.1. Juntas Grandes (joelho, quadril, cotovelo, ombros)

Adulto: Benzapen (1.200.000 U) - 1 frasco

Aplicar 1 fr. I.M.

-Aspiceme 1 cp. VO 4x/dia

Encaminhar a Unidade

Criança: Benzapen (600.000 U)

Aplicar 1 fr. I.M.

- Aspiceme infantil 1 cp. VO 4x/dia

Encaminhar a Unidade

40.1.2. Juntas Pequenas (dedos)

Adulto: Aspiceme (adulto) 1 cp. VO 4x/dia

Encaminhar a Unidade

Criança: Aspiceme (infantil) 1 cp. VO 4x/dia

Encaminhar a Unidade.

41. Paralisia : Tomar PA e encaminhar a Unidade

Se PA elevada suspender o sal da dieta e repouso.

APARELHO CIRCULATÓRIO

42. Inchaço na perna ou barriga:

42.1. PA Normal suspender o sal da dieta e dar repouso

Encaminhar a Unidade

42.2. PA aumentada: Suspender o sal da dieta - repouso

Encaminhar a Unidade

43. Varizes - De membros inferiores - Referir consulta

44. Varizes de membros inferiores, rotas- Enfaixar c/ Crepe sobre ' gaze, no local roto - Encaminhar a Unidade.

45. Frioza nas Mãos-Multivitam: 1 cp. VO às refeições, durante 10 dias - Reforçar Consulta

P E L E

46. "pira" - Escabiol passar à noite no corpo, após o banho, durante 7 dias

47. Fricção - Pomada antimicótica, passar na lesão, após o banho

48. Fricção Brava - Encaminhar à consulta

49. Feridas com pus: 1. Permanganato Potássico: diluir 1 envelope de 100 mg. em 4 litros de água e lavar 3x dia.

2. Pomada de Neomicina: passar na lesão após o permanganato.

3. Reforçar consulta

50. Ferimentos: 1. Limpeza do ferimento com água e sabão

2. Limpeza com água Oxigenada

3. Mertelete Mercurio cromo

4. Anatox tetânica

Se já foi vacinado fazer o reforço

Se ainda não vacinou fazer a 1ª dose e marcar a 2ª e 3ª doses.

5. Encaminhar ao Hospital se precisar de pontos.

GRANDES ENDEMIAS REGIONAIS

I - Malária - (Impaludismo)

Havendo suspeita de malária seguir a orientação da S U C A M:

- Colher lâmina
- Tratamento Presuntivo com Aralém:

Adultos: Aralém 4 cp. no 1º dia

3 cp. no 2º dia

3 cp. no 3º dia

Crianças: Até 6 meses de idade encaminhar a Unidade.

ARALÉM

De 6 m. - 2 anos 1 cp. - 1º dia

1 cp. - 2º dia

1/2 cp. - 3º dia

1/2 cp. - 4º dia

2 - 4 anos 1 e 1/2 1º dia

1 cp. - 2º dia

1/2 cp. - 4º dia

4 - 8 anos 2 cp. - 1º dia

1 cp. - 2º dia

1 cp. - 3º dia

8 - 12 anos 3 cp. - 1º dia

2 cp. - 2º dia

2 cp. - 3º dia

Se o paciente apresentar:

- Piora da doença
- Derramamento de bile
- Confusão mental

Encaminhar ao Hospital

Se o resultado da lâmina vier:

1 Plasmódio Vivax

Adulto: Tomar 3 comp. de Aralém por semana durante dois meses.

Crianças De 6 meses a 2 anos - Tomar 1 cp. de Aralém por semana durante dois meses.

2 - 8 anos - tomar 1 cp. de Aralém por Semana, durante 2 meses.

8 - 12 meses - Tomar 2 cp. de Aralen por semana durante 2 meses.

2 - *Plasmodio Falciparum*

Repetir lâmina após 1 semana do tratamento.

Se novamente vier positiva encaminhar ao Hospital

II - PÊNFIGO: Se o paciente apresentar **bólas** pelo corpo.

Encaminhar a Unidade.

Após retorno do paciente:

- Zelar pela continuidade do tratamento
- Preparar familiares para receber o paciente.

III - HANSEN:

Casos suspeitos: - Marcar consulta.

Casos confirmados: Zelar pela manutenção da medicação prescrita pelo médico e preparar familiares para a integração do paciente na Comunidade.

IV - TUBERCULOSE:

Casos suspeitos: - Marcar consulta

Casos confirmados: - Zelar pela manutenção da medicação prescrita e cuidados de isolamento. Encaminhar contactantes para consulta na Unidade.

V - RAIVA:

" Mordida de Cão".

- Cuidados com o ferimento conforme item 50
 - Observar o Cão preso durante 10 dias. Se o Cão ficar doente, ou morrer, ou desaparecer encaminhar a Unidade.
- NUNCA MATAR O CÃO .

VI - PICADA DE COBRA:

1) Recente: (até 24 horas).

Fazer soro antiofídico)

1.1. 5 amp. subcutâneo + 5 amp. endovenoso lentamente

1.2. 1 comp. VO de Prometazina

1.3. Encaminhar urgente a Unidade.

2. Tardia - (mais de 24 horas)

Encaminhar a Unidade.

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL
SERVIÇO DE SAÚDE RURAL

A N E X O E

ROTINA DE LIMPEZA

- 1 - Chegar ao serviço na hora certa, devidamente uniformizada
- 2 - Varrer e passar pano úmido
- 3 - Lavar pia e banheiro
- 4 - Jogar o lixo fora e lavar o balde
- 5 - Vasculhar forros e parede
- 6 - Lavar vitrôs e portas
- 7 - Lavar a maternidade após a intervenção
- 8 - Lavar o pano de limpeza e enviá-lo à lavanderia para alvejá-lo
- 9 - Lavar paredes
- 10 - Usar máscara e luvas no caso de material contaminado
- 11 - Lavar filtros e velas
- 12 - Colocar água no filtro
- 13 - Limpeza diariamente no banco do corredor externo
- 14 - Encerar
- 15 - Limpeza dos vidros
- 16 - após o término do serviço, guardar todos os materiais usados nos seus respectivos lugares
- 17 - Limpeza geral na sala de curativos
- 18 - Aos sábados ficará a disposição da limpeza

MODO DE LAVAR

- 1 - Jogar água, remover o sujo, passar o rodo até retirar todas as impurezas
- 2 - Em seguida enxugar com um pano

CONTINUAÇÃO:

LIMPEZA DE VIDROS

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 - Bolas de papel
- 2 - Pano de flanela
- 3 - Jarro com água

MODO DE FAZER

- 1 - Depois do material preparado, passa o pano de flanela para retirar a poeira
- 2 - Molhar as bolas de papel ou seja de jornal e passar pela su perfície do vidro
- 3 - Com um pedaço de jornal enxugue o vidro

MODO DE LAVAR O FILTRO

- 1 - Lavar interno e externamente com escova e água
- 2 - Lavar a vela com escova

LIMPEZA DO BANHEIRO

- 1 - Lavar a parte interna com bucha, água e sabão.

Pôrto Nacional, 08 de julho de 1972

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL

ROTINA DA ATENDENTE RURAL

1. Todo dia:

1.1 - Pela manhã atendimento no Posto.

Obs. Todos os pacientes e doentes em geral devem ser atendidos exclusivamente no Posto, reservando visita domiciliar para as atividades preventivas e promocionais.

1.2 - A tarde visita domiciliar.

1.2.1 - Se a criança está no ASCR.

1.2.1.2 - Se está em dia

1.2.1.3 - Se é desnutrido orientar

1.2.2 - Se há Gestante

1.2.2.1 - Se está na ASG

1.2.2.2 - Se está em dia

1.2.3 - Se há caso de D.T.

1.2.3.1 - Se está matriculada

1.2.3.2 - Se está tratando

Tuberculose, Lepra, Penfigo, úlcera, de Baurú (leishmaniose).

1.2.4 - Saneamento do meio

Se tem poço

Se o poço é coberto

Se tem privada

condições do meio

2.1 - Uma vez por semana:

Sábado limpeza do Posto

Porto Nacional, 24 de Janeiro de 1973

SERVIÇO DE SAÚDE RURAL

ROTINA DE COMBATE AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NOS POSTOS RURAIS

I.1- OBJETIVO:

Controlar as edemias regionais:

Tuberculose Pulmonar, Moléstia de Hansen, Pênfigo Foleáceo, Leishmaniose, Cutânea, Doenças Venéreas e a Tracoma que necessitam de tratamento medicamentoso prolongado ou seguimento Médico e cuidado de Enfermagem por período determinado.

I.2- PROGRAMA:

- I.2.1- Os Postos rurais deverão contar em um livro próprio para as doenças transmissíveis em que a Atendente rural deverá anotar o nome do paciente, de acordo com o diagnóstico do Médico, no item correspondente.
- I.2.2- A Atendente rural deverá solicitar o Médico a prescrição / e os cuidados de Enfermagem e isolamento necessário, bem / como supervisionar o tratamento medicamentoso.
- I.2.3- A Atendente rural deverá apressar os doentes registrando no livro de doenças transmissíveis para visita médica mensal / nos Postos rurais, atualizando mensalmente as orientações médicas.
- I.2.4- A Atendente rural deverá visitar a domicílio os pacientes registrados no livro de doenças transmissíveis quantas vezes o médico solicitar, verificando se as determinações médicas estão sendo cumpridas.
- I.2.5- A Atendente rural deverá colaborar nos inquéritos epidemiológicos realizados em uma localidade bem como encaminhar / casos suspeitos a consultas médicas.

II. ROTINA PARA O SANEAMENTO DO MEIO

II.1- OBJETIVOS:

As atividades dos Postos rurais neste setor deverão compreender a motivação e a orientação para a construção de fossas sépticas, orientação para o adequado destino do lixo e orientação para o consumo de água adequada.

II.2.1- 'A Atendente rural realizará no inquérito sócio econômico inicial um levantamento Sanitário da localidade em que atua e que deverá ser atualizado normalmente.

II.2.2- A coordenação do plano de saúde S.R. de PNA. deverá levantar as metas anuais quanto as melhorias nas habitações, construções de fossas e melhoria nos abastecimentos de água que serão executado através de motivação, e a orientação das Atendentes Rurais.

II.2.3- VIS. D. AR - ENSINAMENTO

'Habitação

D. do lixo

Dejetos

Água

VISITAÇÃO DOMICILIAR DA ATENDENTE RURAL PARA O SANEAMENTO

a) A Atendente rural deverá motivar a população para:

1- HABITAÇÃO:

Estimular os moradores para a melhoria habitacional, principalmente quanto a construção de fossas sépticas, cisternas, fogões, "Caipira" que possuam segurança para evitar incêndios domésticos, outros fins " de se distribuir os habitantes em mais ou menos 2 por quarto de dormi, sendo que a Atendente rural deverá procurar o serviço de Saneamento da OSEGO toda vez que necessitar de orientação técnica quanto a melhoria da habitação.

2- DESTINO DO LIXO:

Orientar a população para adequado destino do lixo, visando impedir

CONTINUAÇÃO.

que haja o hábito de se deixar o lixo doméstico no quintal, venha ser meio de criação de moscas e outros insetos que possam transmitir doenças.

3. DESTINO DOS DEJETOS:

Orientar para a construção de fossas sépticas visando a profilaxia das verminoses. Explicar que o hábito das evacuações ~~de~~ ^{atrás} das folhas das bananeiras é prejudicial pois cria condições de proliferação nos ovos dos vermes que são eliminados nas fezes humanas e contaminam outras pessoas.

A Atendente rural deverá narrar o serviço de Saneamento da / OSEGO sempre que houver necessidade de orientação quanto a confecção das privadas.

4. ÁGUA:

A Atendente rural deverá orientar a população para o consumo de água de boa qualidade, pedindo às mães para ferverem a água para as crianças até um ano de idade e motivar a construção de cisternas domésticas.

III. ROTINA PARA PREPARAÇÃO DA VISITA MÉDICA POR PARTE DA ATENDENTE RURAL:

III.1. Estas rotinas visam o máximo aproveitamento da visita médica pelo plano de atendimento rural,

III.2. PROGRAMA.

A Atendente rural deverá agendar prioritariamente para as consultas as ~~crianças~~ crianças e gestantes que estiverem acompanhando na localidade e os casos suspeitos em ~~um~~ tratamento de doenças transmissíveis. Todas as crianças que não ganharem peso deverão ser vistas pelo médico.

III.2.1.A.A;R. deverá agendar doentes que trouxerem dúvidas para sua orientação e os casos de doenças mais graves que tiverem conhecimento.

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL

E 7

CONTINUAÇÃO

III.2.3. A Atendente rural deverá mostrar ao médico os dados de seu trabalho o pedir orientação quanto a consulta que' deverá seguir^a quanto a condição Sanitária de sua localidade.

Porto Nacional, 23 de janeiro, de 1.973

(reduzido de 1: 0,61)

Mapa de Atividades Diárias do Mes de: _____[illegible]

ABSTRACT

NOME _____		Sexo _____	Cor _____
Endereço _____		Obito: _____	
NOME DA MÃE _____		Ocorrido em _____	
NOME DO PAI _____		Causa: _____	
Data do nascimento _____	Naturalidade _____	Est. Civil _____	
Profissão _____			

[illegible]

POSTO RURAL

ASSISTÊNCIA MÉDICA – SANITÁRIA

[illegible]

ASSISTÊNCIA MÉDICA – SANITÁRIA

[illegible]

Prefeitura Municipal de Pôrto Nacional

Inq u é r i t o d e S a ú d e

Localidade de Esferas 20 data 20 13 1992

I - Composição e estrutura da família

1) QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA?

3

[illegible]

ANOTE COM UM X A PESSOA ENTREVISTADA

MOTIVOS DE PROCURA OU ABANDONO DA LOCALIDADE:

ABANDONO

PROCURA

A) porque tem bom terreno para fazenda

B) _____

C) _____

(reduzido de 1: 0,61)

ANEXO H

II - Habitação

2

1. - PAREDES:

Palha ☐
 Barrenda ☐
 Adobe ☒
 Alvenaria ☐
 Pau ☐
 Aberta ☐
 Outra ☐
 3 TETO: ☒
 Telha ☐
 Palha ☐
 Outro ☐

2. - AGUA:

Ribeirão ou Rio ☐
 Poço sem encanam. ☐
 Fonte ☐
 Poço com encanam. ☐
 Outro ☐
 Cachimba ☒
 Filtro: Sim? ☐ Não ☒

4. - LIXO:

Exposto ☒
 Enterrado ☐
 Queimado ☐
 Outro ☐

5. - SANITARIO:

Ausente ☒
 Fossa Seca ☐
 Fossa Séptica ☐
 Outro ☐

6. - N° de cômodos da casa

4

7. - N. de Cômodos que servem como quart.

2

8. - Área construída

40

m²3 = 13 m²/hab

9. - Casa própria

☒

Alugada

☐

Cedida

☐

10. - Quintal aproveitado

para

III - Saúde

1. Há alguém gestante na casa ou houve desde 1 ano atrás? Não ☐

Gest. Atual Nome	Meses Gest.	Vacinação			Pré-Natal em
		Comp.	Inc.	N. Vac.	
Emília Farias	5 meses				

Gest. Passada Nome	Parto Feito por	Vacinação			Pré-Natal em	Cr. Viva	Cr. Mort.	Perda qts. Mes.	Cr. Mor ant. 1 Mes
		Como	Inc.	N. Va					

2. Morreu alguém na casa desde 1 ano atrás? Não ☒Nem criança pequena? Não ☒

Reg. Cart.

Nome completo	Idade	Medicada por	Atestado de Óbito

3. A quem recorrem quando alguém da família está doente?

Pessoas amigas

☒

Nome Elias Sena Ferreira

Curador

No

Médicos de Porto

☐

Outro

☐

Qual?

4. O que causa as seguintes doenças?

Vermes: chupas lima

001

3

Mal de 7 dias causado pelo ventoMoleita frieiraCriança magrinha porque passa mal

5. Idade do desmame das crianças da família (com até 4 anos e 11 meses)

Idade	Razões do Desmame
1 ano	porque já era tempo

6. Quais são os alimentos melhores para a saúde?

a) carneb) fruta

c) _____

7. Há alimentos que fazem mal à sua saúde? Não ☐ Quais? ☐a) verdurab) leite

c) _____

8. Quais os alimentos e atividades práticas para mulher que deu à luz?

ALIMENTOS

ATIVIDADES

a) peixea) pegar pesob) ligado

b) _____

c) abacaxi

c) _____

9. A família se reúne para comer todos os dias, quantas vezes, ou cada um faz as refeições em separado?

reunido 2 vezes ao dia

10. Quais os cuidados de limpeza principais para a boa saúde?

a) tomar banhob) trocara roupa

c) _____

11. Pessoas da família com deficiência, física ou mental (incl. pessoas viciadas em bebidas alcoólicas). Não há ☒

Nome	Distância da Casa	Deficiência
	9 km	

12. Número de pessoas da família que:

Fumam ☒Mascam ☒Cheiram ☒

IV TRABALHO

1. Pessoas que trabalham:

Relação c/ o Chefe	Ocupação	Distância da Casa	Renda Aproximada
<u>bebe</u>	<u>lavrador</u>	<u>-</u>	<u>20 sacos de arroz</u>

2. Proprietário ☐ Meiro ☐ Agregado ☒ Empregado ☐ Outro ☐

3. Plantio: Área plantada em ha 2 Parcela
espécies arroz

produção anual 20 sacos de arroz

plantaio solteiro ☒ consorciado ☐

4. Tamanho do rebanho: porcos aves nao bovinos nao

5. Principais dificuldades:

Crédito ☐ Comercialização ☐ Assistência Técnica ☐ Outra ☐ Qual?

falta de dinheiro

V - RELAÇÕES DE VIZINHANÇA E COM OUTRAS COMUNIDADES

1. Costuma estar com os vizinhos para:

Conversar sim Onde? em casa

Beber Onde?

Ir para o trabalho sim Onde? na roça

Sempre ☐ Pouco ☒ Nunca ☐ Regular ☐

2. Quais são, a seu ver, as pessoas que mais se interessam pelo progresso deste lugar?

DO LOCAL

a) Elías Sena Ferreira

b)

c)

DE FORA

a) Antonio Andrade

b) Ilegaria Oliveira

c)

3. Com que frequência costuma sair de para fazer compra?

Finalidade	Local	Periodicidade
Fazer compras <u>sim</u>	<u>em casa</u>	<u>9 vezes por mês</u>
Estudar		
Ir à Igreja ou festas religiosas		
Fazer visitas		

4. Como o Sr.(a) fica sabendo de que acontece fora daqui?

Por pessoas que viajam ☐ Por pessoas que ouvem ou lêem notícias ☐ Pelo

Rádio ☒ Por outros meios: ☐ Quais?

Possui rádio ☐ Sim ☐ Não ☒

5. Quais os programas prediletos de rádio?

a)

b)

c)

6. Quais as duas notícias de fora daqui que o Sr. considerou mais importante ultimamente?

1. nao sabe dizer

2.

3.

7. O Sr. pretende continuar morando neste lugar?

Sim ☒ Não ☐ Por que motivo?

porque gosta do lugar

Nome e Assinatura do Entrevistador:

Graci Aguiar

ANEXO I

CANELA QUALIDADE DA HABITAÇÃO VARIÁVEIS COMPONENTES TESTE DE MACNEAR

VARIÁVEL			DEJETOS 2			ÁGUA 2			PAREDES			FILTRO			TETO			LIXO		
FAM	C A S O		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D	
	ANT	DEPS																		
041	057	096	1	1	d	1	1	d	1	1	J	1	0	c	1	0	c	0	0	a
042	058	067	0	1	b	1	1	d	1	1	J	1	1	d	0	0	a	0	0	a
043	059	088	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
044	060	089	0	1	b	1	1	a	1	1	d	0	0	a	1	0	c	0	0	a
045	061	090	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	1	b	1	0	c	0	0	a
046	062	091	0	0	a	0	1	b	1	0	c	0	0	a	0	0	a	0	0	u
047	063	092	0	0	a	1	1	d	1	1	J	1	1	d	0	0	a	0	0	a
050	066	095	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	0	c	0	0	a
051	067	096	1	1	J	1	1	J	1	1	J	1	1	d	1	1	d	0	0	a
053	059	093	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	0	c	0	0	a
056	072	101	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	0	c	0	0	a
057	073	102	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
059	075	104	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
060	076	105	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
062	073	107	0	1	b	1	0	c	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a
063	079	108	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	0	c	0	0	a
064	080	109	0	1	b	0	1	b	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
065	081	110	1	1	b	1	1	d	1	1	J	0	0	a	0	0	a	0	0	a
066	082	111	0	1	b	0	1	b	0	1	b	0	0	a	1	0	c	0	0	a
t2=b					14						12						1			
n=b+c					14						13						9			

IPOEIRAS ANTES/DEPOIS
 QUALIDADE DA HABITAÇÃO
 VARIÁVEIS COMPONENTES
 TESTE DE MACNEMAR

VARIÁVEL			DEJETOS 2			ÁGUA 2			PAREDES			FILTRO			TETO			LIXO		
FAM	C A S O		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D	
	ANT	DEPS																		
001	001	024	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
002	002	025	0	0	a	0	1	b	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
004	004	027	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a
006	006	029	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
007	007	030	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a
008	008	031	0	1	b	0	0	a	1	0	c	0	0	a	1	1	d	0	0	a
009	009	032	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a
011	011	034	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	0	c	0	0	a
012	012	035	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a
015	015	038	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
016	016	039	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
018	018	041	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
019	019	042	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
021	021	044	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a
022	022	045	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
023	023	046	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
$T_2=b$					4			1			1			2			4			0
$n=b+c$					4			1			2			2			5			0

QUALIDADE DA HABITAÇÃO
VARIÁVEIS COMPONENTES
TESTE DE MACNEMAR

Taquarugã

VARIÁVEL			DEJETOS 2			ÁGUA 2			PAREDES			FILTRO			TETO			LIXO		
FAM	C A S O		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D		A	D	
	ANT	DEPS																		
077	112	179	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
078	113	180	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
079	114	181	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
080	115	182	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a
081	116	183	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a
083	118	185	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
084	119	186	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
086	121	188	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
087	122	189	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
088	123	190	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a
091	126	193	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
092	127	194	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
093	128	195	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a
094	129	196	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
095	130	197	0	0	a	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
096	131	198	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
098	133	200	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
099	134	201	0	1	b	0	0	a	1	1	d	1	0	c	0	0	a	0	0	a
100	135	202	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
101	136	203	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
102	137	204	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
103	138	205	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
104	139	206	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
106	141	208	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	1	b	0	0	a
107	142	209	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
111	146	213	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
113	148	215	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	1	1	d
114	149	216	0	0	a	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a
116	151	218	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
117	152	219	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
121	156	223	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
122	157	224	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
126	161	228	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
127	162	229	0	1	b	0	0	a	1	1	d	1	1	d	1	1	d	0	0	a
128	163	230	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
129	164	231	1	1	d	0	0	a	1	1	d	1	1	d	1	1	d	1	1	d
130	165	232	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	0	0	a	0	0	a
131	166	233	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
132	167	234	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a
133	168	235	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
135	170	237	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
136	171	238	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	0	a	1	1	d	0	0	a
137	172	239	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
138	173	240	0	1	b	0	0	a	0	1	b	0	1	b	0	1	b	0	0	a
140	175	242	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
141	176	243	0	1	b	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a	0	0	a
142	177	250	0	1	b	0	0	a	1	1	d	0	1	b	1	1	d	0	0	a
T ₁																				
a																				

$$T_1 = \frac{(b-c)^2}{b+c}$$

C A N E L A
 QUALIDADE DA HABITAÇÃO, INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE
 NOTAS ("SCORES")
 TESTE DE WILCOXON

VARIÁVEL		SCOREHAB						I. SAÚDE . 2					I SAÚDE 1				
FAM	C A S O		V A L O R		(D-A)	ORDEN	Ri	V A L O R		DIF	ORDEN	Ri	V A L O R		(D-A)	ORDEN	Ri
	ANT	DEPS	ANT	DEPS				ANT	DEPS				ANT	DEPS			
041	057	086	32	26	-6	8.5	0	15.50	15.00	-0.5	2.5	0	28	25	-3	4.5	0
042	058	087	24	30	6	8.5	8.5	10.00	13.50	3.5	16.0	16.0	16	29	13	13.5	13.5
043	059	088	20	23	3	5	5	12.25	15.00	2.75	12.5	12.5	19	27	8	10	10
044	060	089	22	23	1	1.5	1.5	13.25	16.25	3.0	14.5	14.5	23	26	3	1.5	4.5
045	061	090	16	30	14	19	19	13.50	11.75	-1.75	8.00	0	20	19	-1	1.5	0
046	062	091	14	15	1	1.5	1.5	10.50	11.75	1.25	6.5	6.5	06	25	19	17	17
047	063	092	24	21	-3	5	0	11.00	15.00	4.0	17.0	17.0	20	31	11	11.5	11.5
050	066	093	16	23	7	11.5	11.5	13.75	13.25	-0.5	2.5	0	14	25	11	11.5	11.5
051	067	096	32	34	2	3	3	11.75	13.75	2.0	9.5	9.5	13	33	20	18	18
053	069	098	16	23	7	11.5	11.5	13.00	15.50	2.5	11	11	33	28	-5	-	0
056	072	101	16	23	7	11.5	11.5	11.25	16.25	5.0	18.0	18.0	20	33	13	13.5	13.5
057	073	102	16	29	13	18	18	11.75	12.50	0.75	4	4	16	21	5	-	7
059	075	104	16	25	9	13.5	13.5	11.25	17.00	5.75	19.0	19.0	13	35	22	19	19
060	076	105	16	25	9	13.5	13.5	13.25	13.00	-0.25	1	0	24	29	5	-	7
062	078	107	18	22	4	7	7	10.25	13.00	2.75	12.5	12.5	13	28	15	13.5	13.5
063	079	108	16	23	7	11.5	11.5	11.50	12.75	1.25	6.5	6.5	12	18	6	9	9
064	080	109	14	23	9	13.5	13.5	11.50	12.50	1.0	5	5	13	15	2	3	3
065	081	110	26	23	-3	5	0	10.75	13.75	3.0	14.5	14.5	14	29	15	15.5	15.5
066	082	111	14	23	9	13.5	13.5	11.50	13.50	2.0	9.5	9.5	13	14	1	1.5	1.5

IPOEIRAS
 QUALIDADE DA HABITAÇÃO, INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE
 NOTAS ("SCORES")
 TESTE DE WILCOXON

VARIÁVEL		SCOREHAB						I SAÚDE 2					I SAÚDE 1				
FAM	CASO		VALOR		(D-A)	ORDEN	Ri	VALOR		Dif	ORDEN	Ri	VALOR		(D-A)	ORDEN	Ri
	ANT	DEPS	ANT	DEPS				ANT	DEPS				ANT	DEPS			
001	001	024	16	16	00	-	-	11.25	16.50	5.25	8	8	6	37	31	6.5	6.5
002	002	025	16	22	06	8.0	8.0	12.00	17.75	5.75	10	10	12	42	30	5	5
004	004	027	12	14	02	+2.5	2.5	00.00	17.50	-	-	-	7	50	43	14.5	14.5
006	006	029	12	12	00	-	-	10.50	18.75	8.25	13	13	6	49	43	14.5	14.5
007	007	030	12	14	02	+2.5	2.5	14.25	18.25	4.00	5	5	17	46	29	4	4
008	008	031	16	20	04	5.5	5.5	13.75	17.00	3.25	2	2	19	42	23	2	2
009	009	032	12	16	04	5.5	5.5	14.75	00.00	-	-	-	12	48	36	10.5	10.5
011	011	034	22	24	02	2.5	2.5	13.00	19.00	6.00	11	11	25	56	31	6.5	6.5
012	012	035	14	14	00	-	-	12.75	18.00	5.25	8	8	21	54	33	8.5	8.5
015	015	038	16	22	06	8.0	8.0	15.00	18.75	3.75	3.5	3.5	23	56	33	8.5	8.5
016	016	039	16	26	10	10.0	10.0	8.75	19.00	10.25	14	14	4	55	51	16.0	16.0
018	018	041	16	16	00	-	-	12.75	18.00	5.25	8	8	15	51	36	10.5	10.5
019	019	042	16	22	06	8.0	8.0	12.25	19.00	6.75	12	12	12	52	40	13	13
021	021	044	12	14	02	2.5	2.5	16.75	19.25	2.50	1	1	11	48	37	12	12
022	022	045	12	12	00	-	-	14.25	19.00	4.75	6	6	23	50	27	3	3
023	023	046	16	16	00	-	-	13.75	17.50	3.75	3.5	3.5	24	40	16	1	1

TAQUARUCO
 QUALIDADE DA HABITAÇÃO, INFORMAÇÃO, SOBRE A SAÚDE
 NOTAS ("SCORES")
 TESTE DE WILCOXON

VARIÁVEL			SCORE HAB						I SAÚDE 2						I SAÚDE 1					
FAM	C A S O		V A L O R		(D-A)	ORDEM	Ri	V A L O R		(D-A)	ORDEM	Ri	V A L O R		(D-A)	ORDEM	Ri			
	ANT	DEPS	ANT	DEPS				ANT	DEPS				ANT	DEPS						
077	112	179	14	20	6	20,5	20,5	13,25	17,25	4,0	16,5	16,5	25	44	19	11	11			
078	113	180	16	22	6	20,5	20,5	10,25	15,25	5,0	32,0	32	17	47	30	36,5	36,5			
079	114	181	20	20	0	-	-	12,75	17,00	4,25	22,5	22,5	17	51	34	43	43			
080	115	182	12	22	10	37,5	37,5	11,00	16,75	5,75	38	38	17	44	27	26,5	26,5			
081	116	183	12	22	10	37,5	37,5	10,75	16,75	6,00	40	40	21	42	21	13	13			
083	118	185	16	22	6	20,5	20,5	11,25	15,50	4,25	22,5	22,5	14	38	24	20	20			
084	119	186	16	22	6	20,5	20,5	10,25	15,75	5,50	36	36	14	41	27	26,5	26,5			
086	121	188	16	22	6	20,5	20,5	11,50	16,75	5,25	34,5	34,5	24	51	27	26,5	26,5			
087	122	189	12	18	6	20,5	20,5	10,75	16,50	5,75	38	38	15	48	33	42	42			
088	123	190	12	16	4	6	6	11,25	00,00	-	-	-	18	59	41	47	47			
091	126	193	22	26	4	6	6	12,75	16,50	3,75	14	14	24	46	22	15,5	15,5			
092	127	194	24	26	2	3	3	12,50	00,00	-	-	-	24	39	15	6	6			
093	128	195	14	14	0	-	-	11,25	14,50	3,25	11	11	16	45	29	33,5	33,5			
094	129	196	16	22	6	20,5	20,5	11,00	15,50	4,50	23,5	23,5	14	42	28	30,5	30,5			
095	130	197	14	14	0	-	-	12,75	16,75	4,00	16,5	16,5	28	53	25	23,5	23,5			
096	131	198	14	20	6	20,5	20,5	13,00	15,75	2,75	9	9	20	45	25	23,5	23,5			
098	133	200	12	18	6	20,5	20,5	12,25	16,75	4,50	28,5	28,5	24	46	22	15,5	15,5			
099	134	201	18	20	2	3	3	12,75	17,25	4,50	28,5	28,5	20	50	30	36,5	36,5			
100	135	202	12	18	6	20,5	20,5	12,75	15,25	2,50	8	8	15	47	32	40,5	40,5			
101	136	203	12	18	6	20,5	20,5	12,25	16,50	4,25	22,5	11,5	18	46	28	30,5	30,5			
102	137	204	14	20	6	20,5	20,5	12,50	00,00	-	-	-	17	46	29	34,5	34,5			
103	138	205	16	26	10	37,5	37,5	13,50	14,75	1,25	7	7	16	44	28	30,5	30,5			
104	139	206	16	22	6	20,5	20,5	11,50	00,00	-	-	-	23	41	18	8,5	8,5			
106	141	208	14	22	8	34,5	34,5	9,75	17,00	7,25	41	41	12	47	35	44,5	44,5			
107	142	209	14	20	6	20,5	20,5	12,50	16,75	4,25	22,5	22,5	20	52	32	40,5	40,5			
111	146	213	14	20	6	20,5	20,5	13,50	17,00	3,50	12,5	12,5	23	51	28	30,5	30,5			
113	148	215	19	20	1	1	1	17,00	17,25	0,25	2	2	52	51	41	2	0			
114	149	216	12	14	2	3	3	11,00	16,25	5,25	34,5	34,5	23	47	24	20	20			
116	151	218	14	20	6	20,5	20,5	11,50	17,25	5,75	38	38	14	45	31	39	39			
117	152	219	16	22	6	20,5	20,5	11,50	16,50	5,00	32	32	23	41	18	8,5	8,5			
121	156	223	22	22	0	-	-	12,00	16,25	4,25	22,5	22,5	16	52	36	46	46			
122	157	224	22	26	4	6	6	11,25	16,25	5,00	32	32	17	47	30	56,5	56,5			
126	161	228	16	22	6	20,5	20,5	12,00	12,50	0,50	4	4	14	34	20	12	12			
127	162	229	20	26	6	20,5	20,5	12,75	17,00	4,25	22,5	22,5	24	48	24	20	20			
128	163	230	20	20	0	-	-	12,25	16,25	4,00	16,5	16,5	23	41	18	8,5	8,5			
129	164	231	28	28	0	-	-	17,00	16,25	-0,75	5	0	32	46	14	5	5			
130	165	232	14	20	6	20,5	20,5	15,00	15,25	0,25	2	2	32	33	1	2	2			
131	166	233	16	22	6	20,5	20,5	13,75	00,00	-	-	-	27	28	1	2	2			
132	167	234	12	20	8	34,5	34,5	13,00	17,50	4,50	28,5	28,5	20	42	22	15,5	15,5			
133	168	235	12	18	6	20,5	20,5	10,75	15,00	4,25	22,5	22,5	12	42	30	36,5	36,5			
135	170	237	16	22	6	20,5	20,5	13,25	16,25	3,00	19	19	18	42	24	20	20			
136	171	238	16	22	6	20,5	20,5	10,75	14,25	3,50	12,5	12,5	17	41	24	20	20			
137	172	239	12	18	6	20,5	20,5	12,00	13,00	1,00	6	6	14	32	18	8,5	8,5			
138	173	240	12	26	14	40	40	17,00	17,25	0,25	2	2	35	48	15	4	4			
140	175	242	17	12	0	-	-	11,25	15,50	4,25	22,5	22,5	10	37	27	26,5	26,5			
141	176	243	12	18	6	20,5	20,5	11,50	00,00	-	-	-	19	41	22	15,5	15,5			
142	177	236	16	26	10	37,5	37,5	11,75	15,75	4,0	16,5	16,5	12	47	35	44,5	44,5			