

NÚNCIO ANTÔNIO ARAÚJO SÓL

**A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA NO BRASIL:
uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória
enfocando programas específicos**

CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

2011

NÚNCIO ANTÔNIO ARAÚJO SÓL

**A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA NO BRASIL:
uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória
enfocando programas específicos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª SOLANGE L'ABBATE

CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

So41m

Sól, Núncio Antônio Araújo

A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos. / Núncio Antônio Araújo Sól. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Solange L'Abbate

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Análise institucional. 2. Serviços de saúde comunitária. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Recursos Humanos na Saúde. I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em Inglês: General medicine community in Brazil: a socio-historical institutional analysis of its trajectory focusing on specific programs

Keywords: • Institutional Analysis
• Health Community Services
• Unique Health System
• Human Resources in Health

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Ciências Sociais

Banca examinadora:

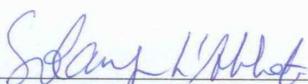
Profa. Dra. Solange L'Abbate
Profa. Dra. Ana Maria Canesqui
Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho
Profa. Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva
Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

Data da defesa: 23.02.2011

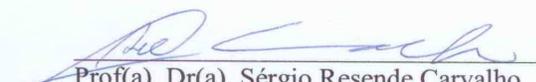
Banca examinadora de Tese de Doutorado

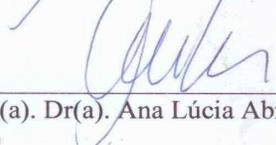
Aluno(a): Núncio Antônio Araújo Sól

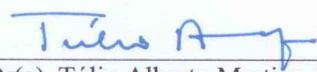
Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Solange L'Abbate


Prof.(a). Dr.(a) Solange L'Abbate


Prof.(a). Dr.(a) Ana Maria Canesqui


Prof.(a). Dr.(a). Sérgio Resende Carvalho


Prof.(a). Dr.(a). Ana Lúcia Abrahão da
Silva


Prof.(a). Dr.(a). Túlio Alberto Martins de Figueiredo

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2011

Dedicatória

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde e de educação, graduados e não graduados, que têm como ideal a autonomia, autoanálise e autogestão de pessoas e povos, na esperança de que nossas vontades sejam sempre maiores que as instituições.

AGRADECIMENTOS

À Ronilce e ao Marilone, primos muito queridos, com quem vivenciei minhas primeiras experiências com a prática em saúde.

Ao Renato Miranda Melo, amigo que não me deixou desistir de um desejo.

Aos mestres que cruzaram meu caminho na graduação: Carlos Alberto Franco Faria, que me ensinou a olhar e ver; Wagner Neder Issa, que me forjou a perseverança; José Renan da Cunha Melo, exemplo de que um ótimo cirurgião é melhor clínico.

Aos ex-residentes de Mariana: Jáder, Maria Helena, Neice, Luiz Walter, Amelinha, Helena, Beth e Marcelo e também Suzana e Marize, que comigo compartilharam um dos anos mais marcantes da minha vida.

Aos preceptores da época da residência: Javert, José Eustáquio, Amorim, Vicente, Beth e Marquetti pelo aprendizado teórico e prático e, em especial, ao Danilo, Ana Maria e José Tarcísio, também pelo intenso aprendizado como pessoa.

Ao Marcus Vinícius, pelo ensino da Medicina Social e por ter acreditado na minha capacidade de gestão.

Às enfermeiras, nas pessoas de Dorinha (*in memoriam*) e Carmem Regina, pelo companheirismo nas longas noites de plantão.

À Irmã Isabel, pela ponderação em momentos de crise da residência.

À Cristina, Fátima, Jussara e Pedro pela feliz convivência em Cachoeira do Brumado.

À Cláudia, Ivana, Nina e Carlos pela co-estruturação do projeto de atenção integral do Centro de Saúde/UFOP.

À Margarete Amorim que me ajudou a perceber a importância de ser um bom “destocador” e a reconhecer “rotas de fuga”.

Ao Prof. Gregório Baremlitt, com quem aprendi os primeiros conceitos da Análise Institucional, pela generosidade com que compartilha seu notório saber.

Aos profissionais do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp, em especial, à Maísa, Vera, Regina e Sônia, pelo apoio administrativo e, principalmente, pelos momentos de descontração nos “cafezinhos”.

Aos docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp, em especial, aos professores doutores Gastão Wagner, Heleno Correia, Nelson Filice e Rosana Onocko, pela disponibilidade em dividir o vasto conhecimento adquirido, sempre se forma leve e prazerosa.

Aos colegas da pós-graduação, companheiros nesta trajetória acadêmica e, em especial, à Ana Belon, Celso, Cristiane, Gustavo Nunes, Inez, Juliana Luporini, Juliana Pacheco, Ricardo, companheiros também na trajetória pessoal.

Ao nosso grupo de trabalho em Análise Institucional, Aidê, Emmanuela, Carla, Carlos, Cláudia, Juliana, Lia, Lucia, Luciane, Luiz e Rosana, pela amizade e as grandes contribuições na compreensão da AI e na elaboração desta tese.

À Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, nas pessoas do Reitor Prof. Dr. João Luiz Martins; Prof. Tanus Jorge Nagen, Pro-Reitor de Pós-graduação e Pesquisa; Margarete Santos, Chefe de Gabinete, pela liberação para a realização deste doutorado e pelo apoio financeiro para meu deslocamento para Campinas/SP.

Aos professores doutores Emerson Merhy e Sérgio Resende Carvalho pelas contribuições a esta tese durante a Banca de Qualificação e às professoras Maria das Graças Andrade e Ana Canesqui pelas contribuições durante os Seminários.

Aos entrevistados pela gentileza e espírito de colaboração, pelo prazer e orgulho demonstrado ao contarem suas "e(hi)stórias" e, particularmente aos entrevistados de Porto Alegre/RS, pela calorosa acolhida a mim dispensada.

Ao Euder Airon, pelo “suporte” homeopático nesta travessia.

Aos professores doutores Ana Lúcia Abrahão da Silva, Ana Maria Canesqui, Sérgio Resende Carvalho e Túlio Alberto Martins de Figueiredo, componentes da minha banca de defesa, pelas grandes contribuições apresentadas que extrapolam o texto final desta tese, abrindo caminhos para outras produções.

Um agradecimento especial à Prof^a Dr^a Solange L’Abbate, minha efetiva orientadora, que soube me direcionar na (sobre?) implicada trajetória para a realização desta tese, algumas vezes com a dureza e a assertividade necessárias, mas sem nunca perder a ternura.

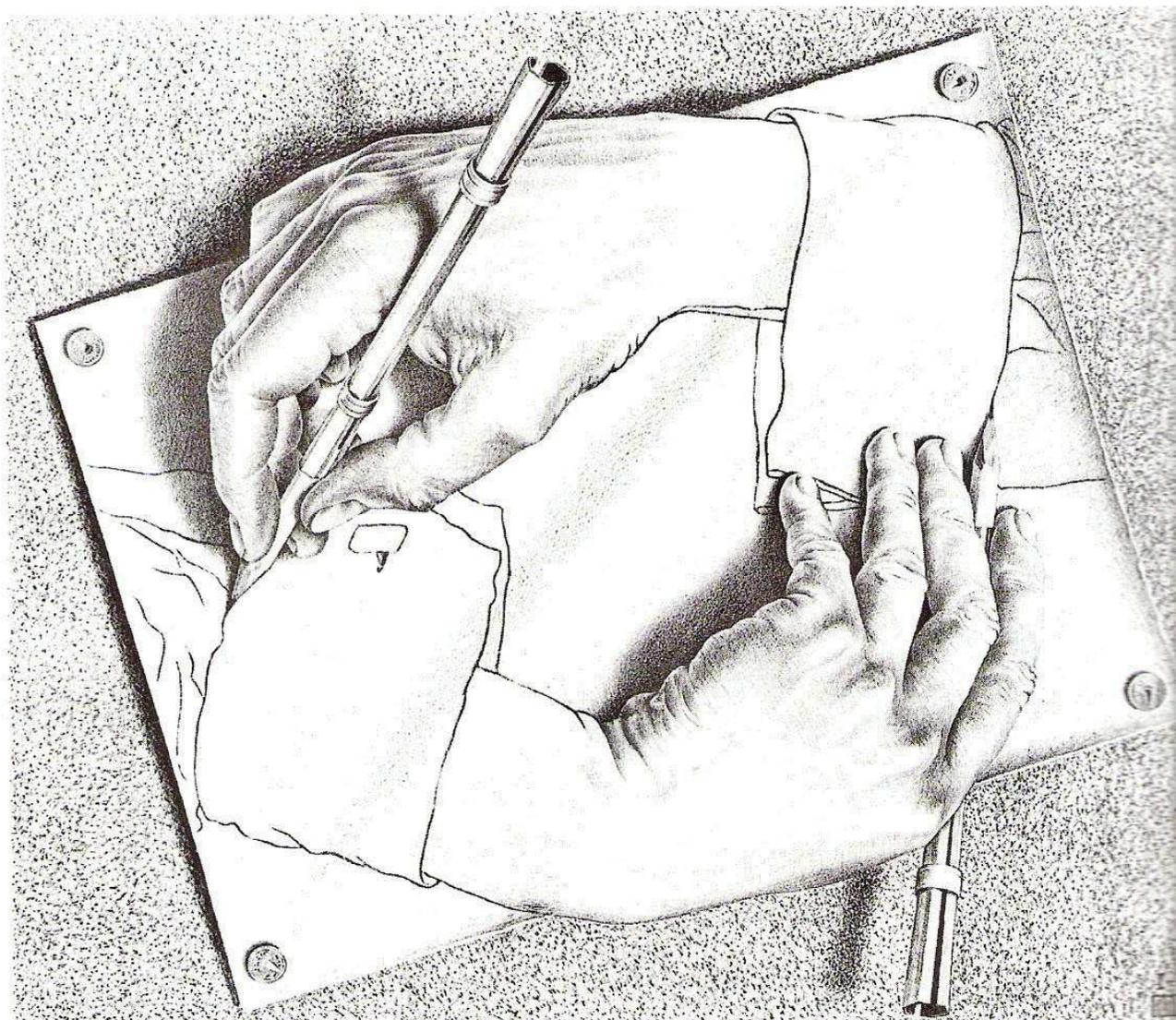
Aos meus amigos e familiares pelo apoio nos momentos difíceis e pelo prazer de convivência, em especial aos tios Laise e Adelor, também pelo acolhimento físico e emocional.

Aos meus guias espirituais, entre os quais minha mãe, pela certeza de que a vida transcende o biológico.

Ao meu pai e minhas irmãs e, em especial,

À Vanderlice, Maria Teresa e Marina, pelo amor incondicional.

ESCHER: DRAWING HANDS, litografia, Janeiro, 1948.



Escrevendo a história que me inscreveu

Tenho algo a descobrir de próprio, algo que ninguém possui a tarefa de descobrir em meu lugar. Se minha existência tem um sentido, se ela não é vã, tenho uma posição no ser que é um convite a colocar uma questão que ninguém pode colocar em meu lugar.

Ricoeur

RESUMO

Esta tese tem como objetivo geral resgatar, através da Análise Institucional Sócio-Histórica, o processo de constituição da Medicina Geral e Comunitária (MGC) brasileira a partir de algumas experiências municipais. É importante salientar a forte implicação do pesquisador com este trabalho por ser ex-residente de medicina geral comunitária do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG. A MGC no Brasil apresenta múltiplas e complexas influências sociais, políticas e culturais, caracterizada por elementos ideológicos e conceituais diversos e muitas vezes conflituosos, oriundos, num primeiro momento, de cenários internacionais que, ao aportarem no Brasil, sofrem um processo de assimilação “tropicalizada”, decorrente do embate entre a normatização estatal e de fundações internacionais e sua efetiva implementação a partir das realidades locais onde foram implantadas. Poderíamos, então, supor a existência de um modelo brasileiro de MGC? Assim, a hipótese central deste trabalho é a de que a MGC no Brasil apresentou características próprias que a diferem do modelo original americano, prevalecendo, no processo de implantação e implementação, a flexibilidade e as inovações de caráter local. Foi analisada a trajetória da Medicina Geral Comunitária no Brasil nas décadas de 70 a 90, elaborando uma possível gênese conceitual e social da MGC através da análise de três experiências em MGC – o do Centro de Saúde-Escola Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição ambos em Porto Alegre/RS e ainda atuantes, e a do Hospital Mons. Horta em Mariana/MG, interrompido em 1984. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de fundo simultaneamente teórico e empírico, com base em entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental. Os resultados mostram que as três experiências analisadas apresentam diferenças relevantes, tanto nos seus processos de implantação como também nos seus vínculos institucionais, políticos e ideológicos. Destaca-se também a variedade das experiências em relação à formação de médicos residentes na área de MGC.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Institucional; Serviços de Saúde Comunitária; Sistema de Único de Saúde; Recursos Humanos na Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims at rescuing, by Socio-Historical Institutional Analysis, the process of constitution of Brazilian General Medicine Community (GMC) from some municipal experiences. It is important to point out the strong implication between the researcher and this study, since he was a former-resident of GMC of Monsenhor Horta Hospital in Mariana/MG. The GMC in Brazil presents multiple and complex social, cultural and political influences, it is also characterized by diverse ideological and conceptual elements and many times conflictive, deriving, at the first moment, from international settings that, when arriving in Brazil, suffered from a process called “tropical like” assimilation, resulting from the shock between the state normalization and international foundations and its effective implementation through the local realities where they were implanted. So, could we suppose the existence of a Brazilian model of GMC? Thus, the central hypothesis of this work would be that the GMC in Brazil presented proper characteristics that differ from the American original model, prevailing, in the process of implantation and implementation, the flexibility and the innovations of local feature. The study analyzed the implementation of Brazilian General Medicine Community in the decades of 70 the 90, elaborating possible conceptual and social genesis of the GMC through the analysis of three different experiences in GMC - Center of Murialdo Health-School and the Conceição Hospital Group, both still operating in Porto Alegre /RS and Mons. Horta Hospital in Mariana/MG, interrupted in 1984. This is a qualitative study of theoretical and empirical background simultaneously, based on semi-structured interviews and desk research. Results point out that the three experiences show relevant differences not only in their insertion processes but also in their institutional, political and ideological bonds. The research also highlights the variety of experiences for the training of medical residents in the area of GMC in Brazil.

KEY - WORDS: Institutional Analysis; Health Community Services, Unique Health System, Human Resources in Health.

RÉSUMÉ

Cette thèse a comme objectif général sauver, à travers l'Analyse Institutionnelle Socio-Historique, le processus de constitution de la Médecine Générale et Communautaire (MGC) brésilienne à partir de quelques expériences municipales. Important faire ressortir la forte implication de l'auteur avec ce travail être ex-residente de médecine générale communautaire de l'Hôpital Monsenhor Horta dans Mariana/MG. La MGC au Brésil présente de multiples et complexes influences sociales, politiques et culturelles, caractérisée par des éléments idéologiques et conceptuels divers et beaucoup de fois conflictuelles, originaires, au un premiers moments, de scénarios internationaux qui, à accosteront au Brésil, souffrent un processus assimilation « tropicalizada », lié au choc entre la normatization d'état et de fondations internationales et sa il accomplit de la mise en oeuvre à partir des réalités locales où ils ont été implantés. Nous pourrions supposer l'existence d'un modèle brésilien de MGC? Ainsi, l'hypothèse centrale de ce travail est ce dont MGC au Brésil a présenté des caractéristiques propres qui la diffèrent du modèle original américain, en prévalant, dans le processus d'implantation et de mise en oeuvre, la flexibilité et les innovations de caractère local. S'analyse la mise en oeuvre de la Médecine Générale Communautaire au Brésil dans les décennies de 70 à 90, en élaborant une possible genèse conceptuelle et sociale de MGC à travers l'analyse de trois expériences dans MGC - les du Centre de Santé-École Murialdo et de Grupo Hospitalier Conceição les deux à Porto Alegre /RS et encore opérant, et ce de l'Hôpital Monsenhor Horta dans Mariana/MG, interrompue en 1984. Il s'agit d'une étude de nature qualitative, de fond simultanément théorique et empirique, sur base d'entrevues et de recherche documentaire. Des résultats montrent que les trois expériences analysées présentent des différences importantes, tant nous leurs processus d'implantation qu'aussi nous leurs liens institutionnels, politiques et idéologiques. Se détache aussi la variété des expériences concernant la formation de médecins résidants dans le secteur de MGC.

MOTS CLES: Analyse Institutionnelle; Services de Santé Communautaire; Système Seul de Santé; Ressources Humaines dans la Santé.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMEF - Associação Brasileira de Medicina de Família
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADUFOP - Associação dos Docentes da UFOP
AI S-H - Análise Institucional Sócio-Histórica
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMERJ - Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro
AMHMG - Associação Médica Homeopática de Minas Gerais
APS - Atenção Primária à Saúde
ASSUFOP - Associação dos Servidores Técnico-Administrativos da UFOP
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIS - Comissão Intermunicipal de Saúde
CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CMSM - Centro Médico Social São José do Murialdo
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CSEM - Centro de Saúde-Escola Murialdo
DCE - Diretório Central dos Estudantes
DMPS - Departamento de Medicina Preventiva e Social
DRS - Diretoria Regional de Saúde
DSAS - Departamento de Saúde e Assistência Social
EqSF - Equipe de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FCM - Faculdade de Ciências Médicas
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FM - Faculdade de Medicina
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
HMH - Hospital Monsenhor Horta
MC - Medicina Comunitária
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MGC - Medicina Geral Comunitária

MS - Ministério da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PC do B - Partido Comunista do Brasil
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM - Prefeitura Municipal de Mariana
PRMGC - Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária
SBMGC - Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária
SES/RS - Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SESAC - Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNB - Universidade de Brasília
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
USEM - Unidade Sanitária Escola Murialdo
USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS DAS TRANSCRIÇÕES

/// - pausa longa

[abc] - Comentários do pesquisador

[...] - supressão de determinado trecho da fala

“abc” - Citações literais, reprodução de discurso direto ou leitura de textos

Em itálico - transcrição literal das entrevistas realizadas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	31
I - AQUILO QUE PROVOCA	35
1.1 <i>Implicações e inquietações da trajetória pessoal e profissional</i>	37
1.2 <i>A Medicina Comunitária: indicações da sua história e trajetória e análises do seu significado.....</i>	46
1.3 <i>Algumas experiências de Medicina Comunitária</i>	59
1.4 <i>JUSTIFICATIVA.....</i>	69
1.5 <i>HIPÓTESE.....</i>	71
1.6 <i>OBJETIVO GERAL</i>	71
1.7 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	72
II - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	73
2.1 <i>A Análise Institucional Sócio-Histórica (AI S-H).....</i>	75
2.2 <i>Procedimentos da pesquisa de campo e da análise das informações.....</i>	95
2.3 <i>Procedimentos de coleta e análise dos dados.....</i>	100
2.4 <i>Aspectos éticos da pesquisa.....</i>	101
III - ANÁLISE INSTITUCIONAL SÓCIO-HISTÓRICA DAS EXPERIÊNCIAS INVESTIGADAS	103
3.1 <i>A experiência em MGC do “Murialdo”</i>	105
3.2 <i>A experiência em MGC do “Conceição”</i>	115
3.3 <i>A Residência em MGC de Mariana</i>	120
IV - A APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DA AI S-H, ANTES DESCRITOS, ÀS EXPERIÊNCIAS ANALISADAS	137
4.1 <i>Em relação ao Murialdo.....</i>	139
4.2 <i>Em relação ao Conceição.....</i>	149
4.3 <i>Em relação à Mariana.....</i>	153
4.4 <i>Em relação à gênese teórica e social da Medicina Geral Comunitária</i>	157
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
BIBLIOGRAFIA	185
ANEXOS	193

APRESENTAÇÃO

Esta tese é fruto de bons encontros.

Paradoxalmente, a ocorrência destas é devida ao meu grande incômodo em relação à efetividade do nosso sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, apesar de legalmente constituído em 1988, ainda necessita ser efetivamente implantado e implementado, exigindo grandes e constantes modificações visando seu aperfeiçoamento, face às enormes diferenças existentes entre as necessidades de saúde das várias coletividades deste País de dimensões continentais. O atendimento aos princípios de universalidade, integralidade e equanimidade tem exigido, ao longo destas duas décadas, contínuos esforços dos trabalhadores e usuários do SUS.

Em minha trajetória, um dos pontos de inflexão foi a residência em Medicina Geral Comunitária, que mudou meu enfoque como profissional de saúde. E é este enfoque que permeia todo o desenvolvimento desse trabalho.

Um dos meus incômodos, desde a época de minha residência em 1984, é a “existência” de uma “medicina pobre para pobres”, muitas vezes relacionada à Medicina Comunitária que, porém, permanece atual, como considerado por Viana (2008, p.11) para quem “[...] a tendência é que o PSF se torne um programa para as populações mais deprimidas socialmente e continue o modelo antigo em algumas áreas, de pouco risco, dentro dos municípios”.

Este trabalho se propõe ao resgate da trajetória da Medicina Geral Comunitária (MGC) no Brasil, que fez parte da minha formação pessoal/profissional (implicação), quando, durante o ano de 1984, cursei o “programa de residência em Medicina Geral Comunitária”¹ do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG. Apesar da não conclusão da “residência”, considero que o aprendizado neste curto período foi determinante na minha práxis, culminando, atualmente, na construção deste trabalho.

Por este motivo, a Introdução apresenta aspectos de minha trajetória profissional na intenção de demarcar o posicionamento deste autor e facilitar ao leitor uma análise da implicação na elaboração dessa tese. Ainda, traz uma breve conceituação e contextualização da Medicina Geral Comunitária.

¹ Encontra-se entre aspas considerando-se que este programa não foi credenciado como tal junto à Comissão Nacional de Residência Médica.

Considerando-se a MGC como uma instituição, a utilização da análise institucional sócio-histórica, desenvolvida principalmente por Antoine Savoye, possibilitou a análise das conjunturas, inflexões e rupturas que definiram a institucionalização da MGC no Brasil. Assim, o título desta tese ficou sendo: “A Medicina Geral Comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos”.

A Metodologia apresenta a análise institucional, em sua vertente sócio-histórica, como proposta de construção do caminho percorrido pela MGC brasileira no período de 1964, data dos primeiros relatos sobre medicina (saúde) comunitária, aos dias atuais. Assim, construir uma proposta de gênese conceitual e social da MGC, na compreensão de que “o processo de validação” dessa tese “ocorrerá pelos diálogos das várias implicações em jogo, que se reconhecerão dando sentidos entre si, mesmo que se oponham, posicionando-se no espaço público quanto a este processo de validação do saber e de suas consequências” (MERHY, 2002, p. 6).

No final deste item, serão descritos os instrumentos utilizados para coleta das informações e de como se procederá à sua análise.

A seguir, serão apresentadas as três experiências investigadas² – do “Murialdo”, do “Conceição” e de “Mariana”, evidenciando-se suas especificidades, aproximações e distanciamentos. Serão também retomados conceitos da Análise Institucional relacionados à análise das experiências.

E, finalmente serão apresentadas as considerações finais.

Os anexos contêm os roteiros das entrevistas utilizadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e documentos referentes às experiências investigadas. Em relação ao documento “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária – Documento de Trabalho” (ANEXO L), após sua análise, optei por anexá-lo na íntegra, apesar do seu tamanho, em razão da amplitude e importância de seu conteúdo para a trajetória de serviços de saúde no Brasil e em consideração a um dos entrevistados, que ao relatar a origem do serviço, declarou que *“Isso tudo está no projeto. Vou conseguir uma cópia para você. As revistas não publicam projetos. Mas esse merecia, até historicamente, ser transformado em livro.”* (B)

Os demais documentos anexados também não foram publicados ou não se encontram facilmente disponíveis à consulta.

² Experiências em MGC do Centro de Saúde-Escola Murialdo, do Grupo Hospitalar Conceição, ambos em Porto Alegre/RS e do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG

I - AQUILO QUE PROVOCA

*Não é possível pensar o sujeito
em ação sem sua implicação.*
(MERHY, 2002, p. 7)

O capítulo a seguir abordará aspectos de minhas implicações pessoais e profissionais, bem como uma breve conceituação e contextualização da Medicina Geral Comunitária, a justificativa, a hipótese e os objetivos do estudo ora empreendido.

1.1 Implicações e inquietações da trajetória pessoal e profissional

Penso que a epígrafe acima, por si só, já justifica a apresentação de minha trajetória profissional como forma de apresentação (e análise) dessa implicação, através do relato de minhas vinculações e inquietações relacionadas à realização desta tese, fruto de uma trajetória profissional estruturada no “campo da Medicina Comunitária” (Donnangelo, p. 9, 1976).

Mais ainda, pretendo dessa forma explicitar a construção dessa investigação e de como “eu próprio” me construí nesse processo, pois

[...] o sujeito do conhecimento se produz em meio às práticas sociohistóricas, ou seja, o conhecimento enquanto produção e o sujeito inscrito nesse processo se fazem em condições determinadas, o que torna imprópria qualquer alusão acerca de uma possível neutralidade que norteia as práticas de pesquisa (Aguilar e Rocha, 2007, p. 650).

Acredito que minha implicação se inicia quando, ainda adolescente, passava férias na casa de uma prima, casada com um médico que clinicou em cidades do interior de Minas Gerais (inicialmente em Espera Feliz e Caparaó e posteriormente em Buritis). Nestes

períodos fui me envolvendo com a rotina do médico de interior, sua dedicação e (im)potência frente às necessidades da população e à carência quase total de apoio institucional.

Esta vivência despertou-me o desejo de me tornar médico e trabalhar no interior.

Em 1978 ingressei no curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG em Belo Horizonte/MG com a firme intenção de me tornar cirurgião-geral, pois acreditava então, que dessa forma teria nas mãos um “poder maior de cura”. Assim, já no quinto período comecei a freqüentar plantões no Hospital João XXIII – Hospital de Pronto-Socorro, onde fiquei até o décimo período, no intuito de aprender o mais rápido possível como tratar urgências. Ao longo do curso, decidi me especializar em cirurgia pediátrica e então procurei fazer plantões nas áreas relacionadas. Assim, fiz plantões de pediatria no Hospital Santa Terezinha, de neonatologia na Maternidade Odete Valadares e no Centro de Tratamento Intensivo/CTI infantil e cirurgia infantil da Santa Casa de Belo Horizonte.

No 11º e 12º períodos do curso, nós, alunos, tínhamos que nos matricular em quatro internatos de três meses cada, sendo o Internato Rural obrigatório e os demais de nossa escolha pessoal, e pelo menos dois deveriam ser em áreas básicas. Dentro da minha programação, escolhi somente os internatos em áreas básicas, nesta ordem: clínica médica, internato rural, pediatria e cirurgia geral; e como pretendia ir para o interior, decidi fazer o internato de clínica num hospital da cidade de Lavras, que mantinha convênio com a UFMG. Porém, como esta vaga não foi disponibilizada no dia da escolha, resolvi ir para o Hospital Monsenhor Horta, na cidade de Mariana/MG, por ser o único outro internato de clínica médica fora da região metropolitana de Belo Horizonte.

Neste Hospital, além do convênio com a UFMG para o internato em clínica médica, também era oferecida a Residência³ em Medicina Geral Comunitária (MGC).

Durante o meu estágio em clínica médica, convivi intensamente com os residentes de então, compartilhando não só das ações realizadas na clínica médica, como também, nos meus horários vagos, de ações nas demais áreas clínicas e também das discussões sobre políticas de saúde que ocorriam nos seminários e na moradia (República “Ninikos”) que compartilhávamos. Neste estágio comecei a aventar a possibilidade de fazer residência em

³ Nesta época, a residência ainda não era credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

MGC, pois o perfil de vários preceptores da residência se encaixava mais nas minhas pretensões que a de cirurgião pediátrico.

Em meu internato rural, realizado na cidade de Iguatama, região oeste de Minas Gerais, entrei em contato direto com a ausência de apoio institucional, tanto municipal quanto da preceptoria do internato, que impossibilitaram a execução de ações que pensava serem necessárias à minha atuação como “médico”. O sentimento de impotência perante aos desafios encontrados, no nível pessoal, institucional e político, foi tão grande que abandonei o internato quinze dias antes do seu término com o firme propósito de também abandonar o curso de Medicina. De fato, fiquei sem comparecer ao internato de pediatria a ser realizado no Centro Geral de Pediatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) por alguns dias, só retomando minhas atividades por insistência de um grande amigo da turma.

Este conjunto de acontecimentos me posicionou contrariamente a uma série de proposições da minha turma de formandos que culminou com a formação de um grupo dissidente, que marcou sua posição através de um protesto durante a colação de grau, comparecendo sem beca e toga, vestindo camiseta preta com os dizeres: “Meu povo um dia não terá fome nem medo. Fazê-lo assim é a minha vida”.⁴

Ao final do curso, tive dúvidas sobre qual residência deveria fazer e acabei por optar pela Medicina Geral Comunitária do Hospital Monsenhor Horta (HMH), em Mariana/MG, onde ingressei em janeiro de 1984. Pude então vivenciar, não só um intenso aprendizado como generalista como também iniciar minha formação em saúde comunitária/preventiva/social.

O Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária (PRMGC) do HMH apresentava suas peculiaridades e exclusividades: era decorrente de uma parceria entre o HMH, a Prefeitura Municipal de Mariana (PMM) e as Universidades Federais de Minas Gerais (UFMG) e de Ouro Preto (UFOP). À época, oferecia cinco vagas divididas entre R1 e R2. Todos os residentes cumpriam atividades em cinco áreas básicas - Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia e Medicina Preventiva, através de atendimento

⁴ Frase atribuída a Gibran Kalil Gibran (um ensaísta, filósofo, prosador, poeta, conferencista e pintor de origem libanesa), sem confirmação de autoria.

nas enfermarias do HMH, unidades básicas de saúde da PMM em Mariana e em seus cinco distritos.

Uma característica que considerava um grande avanço para a época, era a de que cada residente tinha sob sua responsabilidade sanitária, um dos cinco distritos de Mariana, cabendo-lhe ações nas áreas de promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças. Cabe lembrar que, à época, o médico-residente era o único médico que atuava nestes distritos.

Cada residente cumpria carga horária dividida entre as atividades intra-hospitalares e as atividades comunitárias, estas subdivididas em atendimento clínico em unidades primárias de saúde e a realização de atividades de promoção à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica.

Durante esta permanência no HMH, fui me envolvendo com diversos aspectos da residência, desde a parte técnica (clínica, epidemiologia, sanitarismo, políticas de saúde) até as questões político/institucionais (o projeto de credenciamento da mesma junto à CNRM/MEC; a relação com o Hospital e a Prefeitura – seus mantenedores) e as vivências na cidade de Mariana e no distrito de Cachoeira do Brumado, pelo qual era “responsável” como residente dentro do programa. Comecei a tomar parte em discussões sobre a participação de agentes (comunitários) de saúde, trabalho em equipe, formação de conselhos/comissões de saúde, regionalização de serviços, etc. – ou seja, grande parte das questões que hoje servem de base à estratégia de saúde da família.

No contexto político do município, muito centralizador e conservador, atores de grande relevância divergiam das propostas defendidas e desenvolvidas pelos residentes. Este fato gerava conflitos constantes tanto em relação ao trabalho hospitalar – considerando-se principalmente que a administração e a maioria das enfermeiras do Hospital eram padres e freiras ligadas à Arquidiocese de Mariana à época sob o comando do Arcebispo Dom Oscar de Oliveira, de linha conservadora. O prefeito de Mariana, João Ramos Filho, era um homem do povo, populista, cuja autoridade não admitia ser contestada.

Neste contexto os residentes pretendiam ‘revolucionar’ a saúde do município, saúde esta entendida como algo que superava o plano do individual e do familiar, incluindo as relações dos indivíduos em sua comunidade e as questões relacionadas, abrangendo do

saneamento básico à liberdade de expressão. Posso dizer que pretendíamos “[...] níveis progressivamente elevados de bem-estar social; [...] direito à saúde e ao bem-estar [...]”; procurando desenvolver a nossa própria concepção “[...] acerca de como se articulam medicina e sociedade [...]” (DONNANGELO, 1976, p. 13). Embora pretendêssemos a “[...] extensão de medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização de recursos da medicina institucionalizada e dos recursos ao nível dos grupos sociais [...]” (DONNANGELO, 1976, p. 13), nos contrapúnhamos à pecha de que realizávamos uma ‘medicina pobre para pobres’.

Naquele momento nos posicionávamos contrariamente a alguns outros programas que acreditávamos participavam da “[...] reprodução dessas estruturas (econômica e político-ideológica capitalista) através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais [...]” (DONNANGELO, p. 14, 1976). Por muitas vezes, aumentamos o grau de tensionamento na estrutura social do município, quer como médicos, quer como moradores, levantando questões que iam das relações entre trabalhadores na saúde do município a hábitos sociais.

As relações institucionais entre a residência e seus mantenedores foram se agravando ao longo do ano de 1984, em virtude, entre outras, do envolvimento dos residentes em questões políticas ligadas à saúde, relacionadas ao Município e ao Hospital, culminando com a extinção da residência no fim deste mesmo ano.

Penso que se propôs para o PRMGC de Mariana “[...] ao mesmo tempo em que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto – pois elege-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva – a realização de uma tarefa política [...]” de contraposição ao “[...] processo original de vinculação [...] ao político e ao Estado [...]” (DONNANGELO, 1976, p. 19), visto os constantes embates ocorridos ente o PRMGC e a estrutura político/funcional do HMH (Igreja) e da PMM (Estado) e dentro do próprio movimento da Medicina de Família e MGC.

O programa foi, então, transferido para a cidade de Sete Lagoas/MG, mas eu, embora tendo cumprido apenas metade da carga horária do programa, resolvi não continuar como residente, face a divergências quanto à posição dos demais colegas residentes em relação à estruturação da nova residência.

Em abril de 1985 fui convidado, por um dos preceptores da residência de Mariana, a assumir o cargo de Diretor do Departamento de Saúde e Assistência Social – DSAS, do município de Rio Pardo de Minas, situado, à época, na denominada região norte-mineira da Sudene (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste). Lá permaneci por dois anos, atuando também como médico geral comunitário, supervisor regional da Diretoria Regional de Saúde/DRS de Montes Claros, preceptor do Internato Rural da Faculdade de Medicina de Montes Claros. Nesta época, período de transição entre as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), coordenei a Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS) de Rio Pardo de Minas enquanto Diretor do DSAS e a Comissão Intermunicipal de Saúde (CIS)⁵, enquanto supervisor regional. Foi uma experiência extremamente rica. Em agosto de 1986 o município de Rio Pardo de Minas foi escolhido como possuindo o melhor programa municipal de saúde entre os 43 municípios que constituíam a região norte-mineira da Sudene. Como à época o município era um dos três cujos prefeitos eram de partidos de oposição ao do governador do Estado (Newton Cardoso, do PMDB), houve pressão deste para que a prefeita de Rio Pardo de Minas, Maria Raimunda de Farias, se filiasse ao PMDB. A partir de então, minha situação como Diretor do DSAS foi ficando cada vez mais difícil, penso eu, que em função de questões político-institucionais (havia a suspeita de que eu poderia me tornar candidato a prefeito e o vice-prefeito tinha claras pretensões à eleição, fato que posteriormente se concretizou). Comecei então a estruturar minha saída da cidade.

No início de 1987 fui aprovado em concurso público da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), para atuar como médico no Centro de Saúde da UFOP, que atendia à comunidade interna da Universidade – aproximadamente 5.000 pessoas, entre servidores, alunos e dependentes. Em função da minha experiência em gestão, no mesmo ano fui eleito chefe deste Centro de Saúde e, em conjunto com os demais profissionais recém contratados – três médicos, um nutricionista e uma assistente social -, resolvemos implantar um programa baseado em princípios da Reforma Sanitária. Assim, foi criado um projeto de atenção à saúde do servidor, projetos de atenção integral à saúde (da criança ao idoso, da promoção à recuperação da saúde) e foi implantado um conselho de saúde, com

⁵ Esta micro-região era composta pelos municípios de Salinas (sede), Rio Pardo de Minas, Rubelita, São João do Paraíso e Taiobeiras.

participação de alunos (representados pelo Diretório Central dos Estudantes/DCE), docentes (representados pela Associação dos Docentes da UFOP/ADUFOP), técnico-administrativos (representados pela Associação dos Servidores Técnico-administrativos da UFOP/ASSUFOP) e pela administração e membros do Centro de Saúde da UFOP. Este programa, ao final de cinco anos, possibilitou o atendimento, pelo Centro de Saúde/UFOP, de 92% da demanda por serviço médico da população assistida. Os 8% encaminhados representavam, em sua maioria, procedimentos hospitalares.

Mais uma vez, os bons resultados não foram suficientes para manter o programa em funcionamento – em fins de 1992 o programa foi extinto, passando o Centro de Saúde/UFOP a integrar, mediante convênio, a rede municipal de saúde, atendendo somente a uma demanda espontânea, não referenciada e não adscrita.

No período compreendido entre o fim da Residência e os anos iniciais na UFOP, face às muitas questões pelas quais vinha me confrontando, iniciei um acompanhamento psicoterápico em Belo Horizonte. Em razão do conteúdo de minhas questões, a psicoterapeuta me aconselhou a largar a psicoterapia e fazer um curso de Análise Institucional, ministrado pelo professor Gregório Baremlitt⁶, na Escola de Saúde de Minas Gerais. Este primeiro contato com a Análise Institucional⁷, em 1989, foi fundamental na minha trajetória posterior, assim como a compreensão das múltiplas forças que interagem para a manutenção (ou não) dos processos institucionais em que estava envolvido.

Em 1992 fui novamente convidado a exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Rio Pardo de Minas/MG, tendo sido liberado pela UFOP, por quatro anos, através de licença sem vencimentos. Porém, só permaneci neste cargo por um ano, retornando à UFOP face ao cancelamento, por parte da mesma, da minha licença.

Durante meu período de afastamento, estando em Ouro Preto durante a festa do “21 de abril” de 1992, fui chamado, de madrugada, para atender uma aluna da UFOP, no campus universitário, em caráter de urgência/emergência. Para agilizar o atendimento, peguei os medicamentos injetáveis bem como os equipamentos necessários à aplicação dos mesmos no Centro de Saúde da UFOP, sob a anuência do vigia noturno. Este fato se

⁶ Gregorio Franklin Baremlitt: médico, psiquiatra, psicoterapeuta, professor, pesquisador, analista e interventor institucional, esquizoanalista, esquizodramatista e escritor em diversos países de América Latina e Europa.

⁷ Curso sobre “Grupos, Organizaciones, Instituciones” (Bases de las Teorias y Técnicas, Estratégias y Táticas en Analisis Institucional). Prof. Gregorio F. Baremlitt, septiembre de 1989.

desdobrou em um processo por “invasão e roubo” que poderia significar minha demissão por justa causa da UFOP. Este processo se arrastou por dois anos, tendo sido arquivado por inconsistência das acusações.

Esta situação me deixou muito apreensivo, pois apesar do meu vínculo com a UFOP ser de 20 horas semanais, não possuía outra atividade profissional. Foi quando resolvi fazer uma especialidade clínica para iniciar uma atividade privada, caso o desfecho do processo não me fosse favorável. Decidi fazer o curso de especialização de dois anos em Homeopatia por ser uma especialidade “mais geral”, onde se mantinha a visão de integralidade, realizado na Associação Médica Homeopática de Minas Gerais – AMHMG.

De 1997 a 1999, fiz mestrado em Medicina Veterinária, com área de concentração em Epidemiologia, na Escola de Veterinária da UFMG. Sem contar a excelência do curso como um todo, a proximidade com médicos veterinários ampliou muito minha visão de saúde coletiva, visto que grande, se não a maior parte da atuação profissional dos mesmos, se baseia no cuidado de coletividades de animais.

Em 2001 fui convidado a exercer o cargo de médico epidemiologista da Secretaria de Saúde de Ouro Preto, permanecendo por sete meses, face à mudança de governo municipal.

No governo seguinte, fui convidado a exercer o cargo de Diretor de Atenção Básica da Secretaria de Saúde, função que exerci por pouco mais de dois anos. Neste momento, tinha como meta capacitar as equipes de PSF no intuito de ampliar sua autonomia na gestão de seu território.

Neste período, fiz o curso de especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFMG/MS/OPAS. Na monografia de conclusão de curso, intitulada “Gestão e efetividade na equipe de saúde da família”, ressaltai a necessidade de uma “relação direta entre a teoria e a prática, pois o saber da experiência também tem seu valor e deve ser compreendido pelos especialistas, para que haja a reflexão crítica e mudanças efetivas na prática de todos os envolvidos.”

Deste trabalho surgiu o interesse (necessidade?) de aprofundamento destes temas através da realização de um doutorado. Para tanto, no ano seguinte, 2005, cursei duas disciplinas na Faculdade de Medicina da UFMG relacionadas à gestão e elaborei um

projeto de doutorado⁸ tendo como base metodológica a Análise Institucional, disciplina ministrada durante o curso de Gestão por uma professora da Faculdade de Educação da UFMG.

Como não fui aprovado na entrevista do concurso para o doutorado na Faculdade de Medicina da UFMG, entrei em contato por e-mail como a Prof^ª Dr^ª Solange L'Abbate, solicitando-lhe um parecer sobre o projeto apresentado à UFMG, visando reapresentá-lo posteriormente. A referida professora, ao invés do parecer, propôs-me frequentar, como aluno especial, a disciplina oferecida por ela, “Análise teórico-metodológica de instituições de saúde: ênfase em Análise Institucional”, SC386, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - FCM/Unicamp.

Assim, acabei cursando a referida disciplina no primeiro semestre de 2006, sendo aprovado, no final do mesmo ano, para o doutorado em Saúde Coletiva, iniciado em 2007, com o projeto “Análise de determinantes e condicionantes da gestão local do programa de saúde da família”.

Durante o ano e meio após minha entrada no doutorado, em função das muitas conversas com minha orientadora e com o nosso grupo do Diretório no CNPq “Análise Institucional e Saúde Coletiva”, no qual discutíamos e atualizávamos os principais referenciais da AI, assim como o contato com disciplinas e grupos de discussão de outras áreas do DMPS, o projeto de doutorado transformou-se nesta investigação atual, com o título: A Medicina Geral Comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos.

⁸ Nesta elaboração, contei com a colaboração do Prof. Gregório Baremlitt.

1.2 A Medicina Comunitária: indicações da sua história e trajetória e análises do seu significado

O termo “Comunitário” tem recoberto uma ampla gama de projetos de organização da assistência médica que não se equivalem, quer em termos de sua estrutura interna quer em termos do sentido particular de sua articulação, com a estrutura social.

(DONNANGELO, 1976, p. 09-10)

Uma primeira questão em relação à Medicina Geral Comunitária é o que se quer fazer entender através do termo “comunitária”.

Para tanto, iniciaremos pelo conceito de comunidade, que é polissêmico, sendo utilizado para designar pequenas populações rurais (como aldeias), ou urbanas (como bairros) e, por outro lado, para nomear grupos de profissionais (comunidade médica, por exemplo) e grupos com alguma afinidade (comunidade religiosa, comunidade de redes virtuais, etc.).

Em seu aspecto mais geral, estes conceitos podem ser agrupados em duas noções: noção territorial ou geográfica (uma cidade, uma região, um prédio) e uma noção relacional. Não é incomum contrapor o conceito de comunidade ao de sociedade, e nesse sentido, Weber (1964, p. 33) considera que comunidade e sociedade compõem-se de relações sociais distintas, em função das diferentes atitudes na ação social. Assim,

[...] a *comunidade* [...] se inspira no *sentimento* subjetivo (afetivo ou tradicional) dos participantes de *constituir um todo*. [...] a *sociedade* [...] se inspira em uma *compensação* dos interesses por motivos racionais (de fins ou valores) ou também em uma *união* de interesses com igual motivação⁹ [Grifos do original].

⁹ No original: [...] *comunidad* [...] se inspira en el *sentimiento* subjetivo (afectivo o tradicional) de los partícipes de *constituir un todo*. [...] la *sociedad* [...] se inspira en una *compensación* de intereses por motivos racionales (de fines o de valores) o también en una *unión* de intereses con igual motivación. (Minha Tradução).

Para Weber, no entanto, diferente de Tönnies que opunha comunidade e sociedade, “a imensa maioria das relações sociais participa em parte da ‘comunidade’ e em parte da ‘sociedade’”, ou seja, toda sociedade “tende, em um grau maior ou menor, fomentar os afetos aludidos”, assim como uma comunidade “pode estar orientada por todos ou parte de seus partícipes de acordo com determinados fins racionalmente equilibrados” ¹⁰(WEBER, 1964, p. 33-34). Considerando o exposto por Weber observa-se que uma comunidade pode ser mais ou menos “socializada”, o que fundamentalmente altera as relações sociais em seu meio.

Em relação à MGC, qual o porquê da adjetivação “comunitária”?

Uma resposta possível é a de que uma das características da MGC é a participação comunitária, que, por sua vez, pode ser subdividida em ativa e passiva, mudando assim, a relação entre a MGC e a própria comunidade e, portanto, retomando Donnangelo (1976), a própria MGC.

Na participação comunitária passiva, “os beneficiários de um sistema de saúde participam passivamente das ações desenvolvidas pelos técnicos do setor.” Estas ações visam “conquistar a população para determinadas ações de saúde, que chamaríamos de participação “passiva” do tipo consumo [...]” ou “[...] informar a população através de atividades educativas das normas necessárias à preservação da boa saúde (noções de higiene pessoal, saneamento do meio, etc.) que chamaríamos de participação passiva do tipo escolar” (NORONHA e TRAVASSOS, 1981, p. 18). Os promotores destes dois tipos de participação passiva partem do pressuposto de

que as massas marginalizadas, para utilizar a terminologia de Paulo Freire, são “*vasilhames*” a serem enchidos ou com desejos de consumir determinado serviço ou com conhecimento detidos pelos profissionais de saúde. [...] ambos os tipos, [...] buscam em última instância resolver a contradição do termo empregado de participação “passiva”, suprimindo a participação e garantindo a passividade. (Noronha & Travassos, 1981, p. 18) [Grifos do original].

¹⁰ No original: [...] la inmensa mayoría de las relaciones sociales participan en parte de la ‘comunidad’ y en parte de la ‘sociedad’”, ou seja, toda sociedade “tiende, en mayor o menor grado, a fomentar los afectos aludidos”, assim como uma comunidade “puede estar orientada por todos o parte de sus partícipes con arreglo a ciertos fines racionalmente sopesados. (Minha tradução)

Na participação comunitária ativa, “[...] considerada o eixo das novas formulações de participação, particularmente nos programa de Medicina Comunitária, [...]” ocorre “[...] *a participação do homem e dos grupos sociais da comunidade tanto nos níveis de planejamento como nos de ação*” (NORONHA e TRAVASSOS, 1981, p. 19) [Grifos do original].

Dentro deste contexto teórico, a seguir será apresentado um histórico da Medicina Comunitária, demonstrando sua variação em relação à participação comunitária.

Assim, segundo Paim¹¹ (1976, 1986), Mello (1979), Andrade (1995) e Conill (2009), a Medicina Comunitária (MC) surge/ressurge na década de 1960 nos Estados Unidos, em função da “crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados” (CONILL, 2009, p. S8) apresentando dois sentidos:

1. “preencher lacunas entre a medicina de empresa e a medicina pública”, sendo “executada por agências voluntárias ou órgãos estatais”;
2. “operacionalizar o movimento de medicina preventiva, articulada às escolas médicas”.

A divulgação de sua prática coincide com a “[...] administração Kennedy e sua política de combate à pobreza [...]”, caracterizando-se “[...] por um trabalho multi-institucional e multi-profissional atuando especialmente ao nível dos guetos” (PAIM, 1976, p. 9).

Segundo Mello (1979, p. 13)

O movimento de assistência geral aos pobres visando minorar desigualdades sociais, sob a forma de guerra à pobreza, determinou uma nova estratégia de assistência médica a estas populações. [...] passou-se a enfatizar o estudo da família e seu comportamento para compreensão dos problemas comunitários. [...] Encarando o duplo aspecto, família e comunidade, a prática médica foi obrigada a articular-se com outras disciplinas como a psicologia, a ecologia, a antropologia e a engenharia sanitária. A assistência médica a indivíduos foi substituída por uma perspectiva mais ampla, em que os indivíduos e suas queixas devem ser encarados como componente se um meio bio-psico-social. Estimulando a comunidade a participar na resolução de seus próprios problemas, incluindo os de saúde.

¹¹ Paim em 1976 nomina como Medicina Comunitária e em 1986, como Medicina Familiar.

Neste mesmo texto, Paim (1976) destaca alguns enfoques importantes para a Medicina Comunitária. Segundo ele, para Burton e Smith (1975).

[...] a medicina comunitária se interessa pelos problemas relacionados com a saúde do povo, estando entre a prática privada da medicina [...] e os serviços oferecidos pelas agências de saúde pública. Envolve procedimentos preventivos e curativos dirigidos para famílias ou grupos da população não adequadamente servidos por outras agências existentes (PAIM, 1976, p. 10).

Nesse sentido, para Andrade (1995, p. 56) a

[...] proposta de prestação de serviços de saúde contida no Projeto de Medicina Comunitária representou uma alternativa à forma de organização da assistência médica americana, marcado pelo controle privado e pela crescente incorporação de tecnologia e de mão de obra especializada, responsáveis pelos altos custos dessa assistência e, conseqüentemente, pela restrição à generalização de seu consumo.

Paim (1976, p. 11) elabora “[...] algumas questões para a medicina comunitária [...]: a comunidade seria o objeto de trabalho da medicina comunitária? Ou seriam as populações periféricas, as de baixa renda, a marginalidade urbana, o exército industrial de reserva ou mesmo a sociedade civil? Como resposta, comenta que em muitos países europeus esta concepção de medicina comunitária pareceria “incoerente e sem propósito”, pois lá prevalece a “medicina estatal e socializada”. Nestes países, a medicina comunitária seria entendida

como uma **representante avançada da saúde pública clássica**, na medida em que utilizasse conhecimentos de outras disciplinas tais como sociologia, psicologia social, ecologia, genética, etc. Assim, a medicina comunitária enquanto disciplina, possibilitaria ao estudante compreender o comportamento social, em vez de se restringir ao estudo do comportamento da bactéria. Reforçaria portanto o estudo e a aplicação das ciências sociais nas suas relações com a saúde humana (PAIM, 1976, p. 10) [Grifo do original].

Mello (1979, p. 101) constata que o “[...] fato da medicina comunitária ser um conjunto de idéias que vem sendo aplicada em diferentes países, dá-lhe uma forma diferente de atuar em um enfoque distinto em cada um, de acordo com sua própria problemática.”

A MC, denominada no Brasil de Medicina Geral Comunitária (MCG), apresentou múltiplas influências sociais, políticas e culturais, caracterizada por elementos ideológicos e conceituais de grande diversidade e complexidade e, muitas vezes conflituosos, oriundos, num primeiro momento, dos cenários internacionais acima descritos. Esses elementos, ao aportarem no Brasil, sofrem um processo de assimilação, que chamaremos “tropicalizada”, decorrente do embate entre a normatização estatal e de fundações internacionais e sua efetiva implementação a partir das realidades locais onde são implantadas.

Em função desta “tropicalização”, poderíamos então supor a existência de um modelo brasileiro de MC? Se isso for possível, uma melhor compreensão da MGC como um dos movimentos de saúde anteriores à estruturação do SUS poderá colaborar no processo de efetivação do SUS, pois,

[...] os sistemas de saúde representam construções históricas, frutos de arranjos políticos complexos, os quais, mesmo quando solucionam problemas contingentes, contêm em si a potencialidade de desenvolver novos conflitos e novos problemas (LABRA, 1999 *apud* GOULART, 2002, p. 29).

No Brasil, a MC foi praticada de diversas formas, muitas vezes completamente divergentes dos modelos internacionais aos quais é atribuída a sua origem, como por exemplo, o Médico de Família cubano, o *General Practitioner* britânico e/ou o *Family Doctor* americano.

Como, por exemplo, o relato de L’ABBATE (2009, p. 206) de que em fins da década de 60 e em especial nos anos 70, surgiram na América Latina e no Brasil os Movimentos Sociais Urbanos - “[...] grupos de moradores, já mobilizados em torno dos problemas de saúde do bairro, e outros grupos, constituídos a partir da atuação dos profissionais de saúde [...]” Esta autora refere que uma “[...] das características da forma de

atuação desses movimentos era o chamado “*modelo comunitário*” que buscava, de alguma forma, ocultar as diferenças entre os participantes” [Grifos do original].

Por outro lado, Loureiro (1976, p. 38) refere que a “[...] expressão ‘saúde comunitária’ tem sido empregada frequentemente para designar programas didáticos envolvendo atividades de atenção médica no nível de unidades periféricas de saúde [...]”. Refere, ainda, que “a ‘comunidade’ escolhida para este programa consiste em um subgrupo da população com baixa renda, vivendo em aglomerados de habitações subnormais na periferia de centros urbanos adiantados.” Assim, esta escolha encontra-se adequada à afirmação de Paim (1976, p. 11) de que “[...] a questão de comunidade, e por sua vez a de medicina comunitária, passa a se relacionar com o modo de produção, o modelo político, a marginalidade urbana, a industrialização, o desenvolvimento/subdesenvolvimento, e, particularmente, o crescimento econômico acelerado e a distribuição de renda.”

A política econômico-social no fim da década de 70 direciona recursos públicos federais para formação de recursos humanos e implantação de programas em MGC.

O CEBES-Campinas¹² (1980, p. 16) refere que o estímulo dado pelo INAMPS

[...] às experiências de Medicina Comunitária tem como objetivo a implantação de serviços médicos para o atendimento da população hoje “marginalizada”, sendo que, em geral, esses serviços aplicam a “Medicina Simplificada”, que utilizando em parte os recursos da própria comunidade promovem a extensão da cobertura médico-assistencial a baixo custo.

Segundo o CEBES-Campinas, esta política tem a função de resguardar os interesses do complexo médico-hospitalar privado e de seus fornecedores, ao manter os trabalhadores em “[...] condições mínimas de saúde para uma boa produtividade.”

Para suprir os profissionais necessários a estas experiências, “[...] a educação médica vem, atualmente, colocando a questão da formação de médicos ‘generalistas’ ou ‘médicos de família’” com o apoio da Fundação Kellog que financia “seminários, encontros e publicações sobre o assunto” (CEBES-Campinas, 1980, p. 16).

¹² Núcleo do CEBES em Campinas que assina o artigo na Revista Saúde em Debate, nº 9.

Loureiro, mais adiante no mesmo texto acima citado, refere que esses programas de saúde comunitária objetivam “[...] familiarizar o estudante com os programas dos serviços oficiais de saúde e proporcionar-lhes uma visão realista das atuações e funcionamento desses serviços [...]”, mas que na prática, os alunos permanecem encerrados “atrás das paredes de um centro de saúde”, ignorando “[...] as relações sociais envolvidas na dinâmica daquele subgrupo populacional [...] que determinam diferentes padrões de morbidade e mortalidade, assim como participam da dinâmica do complexo saúde-doença [...]” (LOUREIRO, 1976, p. 38).

Este autor refere ainda que, na formulação da maioria dos departamentos, a ausência de “[...] uma referência à sociedade e, especificamente, às relações de produção que determinam os sistemas de classes desta sociedade [...]”, impede o funcionamento de programas de saúde comunitária. Entre os fatores que propiciam esta formulação refere a classe social do corpo docente que faz com que “as proposições didáticas” estejam

[...] contaminadas por uma ideologia de classe que de certo modo permeia o saber, a ciência e a sua prática. Seria exigir demais de alguém, cujo entendimento dos processos sociais que condicionam o processo saúde-doença é baseado em uma visão humanista ou mecanicista da sociedade, que proponha um programa de saúde comunitária baseado em um método de análise histórico-estrutural para a análise desses fenômenos (LOUREIRO, 1976, p. 39).

Como exemplo, Andrade (1995) refere que em função de “[...] alguns impasses para a sua continuidade [...]” (p. 84)

[...] já se esboçavam, no interior da equipe do projeto [Jardim das Oliveiras – Campinas/SP] críticas à concepção da comunidade enquanto uma população homogênea, integrada em um espaço físico-geográfico e desprovido de relações sociais de classe e à sua utilização como laboratório para o ensino médico, incorporando-se uma compreensão mais globalizante da problemática médico social, aliada à convicção da necessidade de uma participação mais ativa da própria população para implantar e manter os projetos que lhe diziam respeito (ANDRADE, 1995, p. 86).

Mediante o exposto, tem-se que o bom funcionamento dos programas de medicina comunitária está vinculado ao não encobrimento das diferenças sociais, o que difere do conceito clássico de comunidade e também da função da medicina comunitária de diminuição das tensões sociais.

Porém, a formação de recursos humanos em saúde, em especial a de médicos gerais comunitários, em pelo menos grande parte, encontrava-se vinculada a programas e docentes com uma visão conservadora em relação à compreensão do processo saúde-doença.

Ainda neste sentido, um texto não assinado de Saúde em Debate (1977a, p. 59), refere que este

[...] modelo de comunidade [...] é de origem externa. Seu objetivo principal é amainar as tensões sociais existentes e além disto não questionam a estrutura social [...]. Enfim, esta medicina de comunidade, paternalista e controladora, serve a um sistema que está sendo pressionado por estas contradições. Algumas escolas utilizam esse modelo e formam profissionais que servem a essas intenções [...]. Mas, fundamentalmente, esses projetos em nada contribuíram para resolver a situação de miséria das populações.

Assim, em função de um corpo docente formado dentro de uma visão humanista ou mecanicista da sociedade e de uma política de governo neo-capitalista, Loureiro afirma que

[...] a prática da medicina comunitária, tal como ela é desenvolvida na maioria das escolas médicas, é por si carregada de ideologia. Desde que ela é apresentada como um modelo de paternalismo, torna-se uma contraposição a uma verdadeira medicina socializada; também desde que aparece como uma medicina dos pobres para que possa continuar a existir a medicina privada, a dos ricos (LOUREIRO, 1976, p. 39).

Embora este tenha sido talvez o discurso e a prática hegemônicos neste período em relação à Medicina Comunitária, em contraponto a estes, grupos de

[...] estudantes, grupos profissionais, alguns sindicatos e parcelas do clero defendem uma nova medicina de comunidade, que leve em conta todas as relações dos grupos populacionais com a estrutura econômica, política e social do país, exigindo para sua efetivação uma política de saúde dirigida para as nossas reais necessidades. [...] Desta forma pretendemos novos modelos criados a partir de uma análise crítica com a comunidade (SAÚDE EM DEBATE, 1977a, p. 59).

Conforma-se, assim, a estruturação de novos modelos, diferentes dos “importados”, fundamentados numa relação de maior interação com a comunidade.

Nesta linha de raciocínio, Mello afirma que

No Brasil procura-se adaptar essas idéias às realidades locais, [...] As tentativas de implantação de novos programas são acompanhadas de uma recompilação e exposição, oral ou escrita, das diretrizes seguidas ou da ideologia de outros serviços. Este fato dá margem a várias discussões e interpretações dos princípios da medicina comunitária (MELLO, 1979, p. 101).

Neste mesmo sentido, de acordo com Goulart (2002)

Paim (1997) resgata um pouco da história de tais idéias, a partir dos movimentos do “preventivismo” e da “saúde comunitária” e também de uma produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil, chamando a atenção para uma “luta contra-hegemônica” que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde. Assim, mediante seus componentes de saber, ideologia e ação política, teria ocorrido o deslocamento de uma ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, com práticas de saúde imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas (GOULART, 2002, p. 92) [Grifo do original].

Para Sobrinho (1995), a Medicina Comunitária emerge como “um novo paradigma” que “deve superar a crise da medicina científica” caracterizada pela “ineficiência, ineficácia e desigualdade”, através da incorporação de “racionalidade, temáticas discursivas oriundas

da economia e sociologia, tais como produtividade, diminuição de custos, extensão de coberturas, simplificação de recursos e participação comunitária” (SOBRINHO, 1995, p. 39-40).

Para Nunes (1994, p. 7)

Se, no plano do conhecimento, é o momento de dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, no plano político-ideológico, o projeto preventivista se expressa na chamada "*medicina comunitária*" e seus desdobramentos nos programas extra-muros [Grifo do original].

Ainda em relação aos enfoques atribuídos à medicina comunitária, outros autores¹³ vêm a MC como

[...] realização da medicina integral, mediante a aplicação de ações preventivas e curativas do meio ambiente com a **participação ativa da comunidade organizada**. [...] As **ações integradas de saúde**, nessa visão, seriam as medidas de proteção, promoção, recuperação e reabilitação, realizadas por uma equipe de saúde. Percebe-se neste enfoque a ênfase na **equipe de trabalho polivalente – cuja liderança poderia caber ou não ao médico** -, na necessidade de o **profissional de saúde tornar-se membro da comunidade** para desenvolver confiança e aproximação com o povo, e na **identificação de líderes** (PAIM, 1976, p. 10) [Grifos meus].

Segundo Devoto (1970, *apud* PAIM, 1976, p. 10) a “[...] perspectiva de uma máxima **descentralização e autogoverno local** com uma **participação democrática** da comunidade ensejaria a concretização da finalidade da medicina comunitária.” [Grifos meus].

O Centro de Estudos de Saúde¹⁴ da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) realizou, em julho de 1974 em Belo Horizonte/MG, a 1ª SESAC – Semana de Estudos

¹³ Centro de Estudos da Saúde da UFMG/Medicina Comunitária (1975), Devoto (1970) e Ferrara (1972).

¹⁴ Infelizmente não consegui, mesmo junto à Biblioteca da Faculdade de Medicina e ao Centro de Memória da Medicina da UFMG documentos a respeito deste Centro e da SESAC.

sobre Saúde Comunitária¹⁵, visando “compreender melhor e nos posicionar em relação à realidade da saúde brasileira” (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1977, p. 58). Uma das questões levantadas versou sobre como se comportavam os profissionais de saúde diante da desnutrição protéico-calórica, da precariedade do saneamento básico e do progressivo empobrecimento da população. Estas necessidades de enfrentamento, entre outras, faziam com que os profissionais da área de saúde da UFMG, por exemplo, sentissem-se “despreparados para enfrentar a realidade de saúde do Brasil, pois a universidade nos ensina conceitos rígidos de como exercer a profissão médica” (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1977a, p. 58).

Como exemplo, uma das respostas apresentadas ao questionamento de uma possível ação preventiva era a de “uma Medicina do Trabalho, que tem por finalidade manter a força de trabalho em condições mínimas para a reprodução do sistema produtivo.” (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1977a, p. 58) Vê-se, claramente, que já havia uma concepção crítica em relação às ações que visavam o alívio de tensões sociais. Estes profissionais de saúde criticavam também o modelo de atenção médica ensinado, totalmente importado “[...] dos países desenvolvidos, baseado em tecnologia avançada, onde os profissionais são altamente especializados [...]”, acessados somente por uma “[...] elite da população, que concentra a renda do trabalho nacional e pode pagar individualmente os altos custos dessa medicina especializada.” (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1977a, p. 58) Neste momento, o modelo flexneriano encontrava-se implantado nas faculdades de medicina, caracterizando um ensino centrado nas cátedras e disciplinas levando à especialização cada vez mais precoce dos graduandos.

O documento “Medicina de Comunidade – a saúde na mão do povo”, elaborado por alunos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB, refere a tendência crescente, “em todas as áreas da atividade humana”, incluindo a Medicina,

[...] de analisar o **indivíduo** não mais como uma ilha, mas **como parte integrante da sociedade onde vive**. [...] O compromisso da Medicina não pode ser com o [...] paciente] individualmente mas com toda a realidade que produziu seu estado de saúde. Consequentemente, ninguém

¹⁵ Outras SESAC's ocorreram em: Campinas (1975), Curitiba (1976), Londrina (1977), Florianópolis (1979), Vitória (1980), Natal (1981).

melhor que o **membro da comunidade** para **participar ativamente** da ação de saúde. [...] a recuperação da saúde da população só se faz de fato ao se compartilhar igualmente com a população [...] a responsabilidade da evolução integral da comunidade e propuseram que: **o profissional de saúde** deve se tornar o máximo possível **um membro da comunidade**, participando de todas as atividades (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1977a, p. 58) [Grifos meus].

Aqui se considera que a Medicina deve comprometer-se com todos os fatores que “determinando” a realidade também determinam o processo saúde-doença.

Porém, Noronha e Travassos (1981, p. 19) reconhecem que como os programas de Medicina Comunitária são organizados e projetados por instituições diversas – universidades, secretarias de saúde -, a participação comunitária ativa não é realizada de uma única maneira, podendo ser subdividida em três grandes linhas:

- a) os “tarefeiros” da Saúde, onde, a pretexto de aumentar a cobertura de ações de saúde, busca-se o engajamento de membros da comunidade, sem nenhum treinamento, para a execução de atividades simples de saúde, em geral não remuneradas;
- b) os agentes de saúde – linha de participação muito freqüente na medicina comunitária, “[...] trata de sensibilizar parte da população para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde.” População esta composta de elementos ativos porém embotados “[...] por relações de dominação estabelecidas no conjunto da sociedade [... ou] exercidas a partir das próprias ações sanitárias dadas as hierarquias disciplinares ou de conhecimento.”;
- c) a comunidade participante – esta linha entende que “[...] a participação em saúde só pode se dar quando se desenvolve nos marcos de uma efetiva participação da comunidade em todos os setores de sua vida social e política.”

Noronha e Travassos (1981, p. 20), apesar de considerarem que “[...] através da medicina comunitária, [...], a comunidade de *objeto* das ações de saúde, passa a ser *sujeito*

dessas ações” [grifos do original], referem que grande parte dos programas de Medicina Comunitária, por terem a saúde como finalidade – e não como ferramenta - do processo educativo, se transforma em “[...] meros instrumentos de reiteração de uma situação de domínio”. Ou seja, a especificidade do foco na saúde limita (ou mesmo impede) a obtenção de uma real melhoria das condições de saúde da comunidade.

Para CEBES-Campinas (1980, p. 18) “[...] na medida em que esta participação é orientada para problemas específicos, e desvinculada de uma análise mais geral, não passa de uma **ilusão de participação**, servindo para o indivíduo não contestar a situação desprivilegiada em que se encontra” [Grifos do original].

Na linha de uma nova medicina de comunidade, Noronha e Travassos, propõem a utilização da saúde como ferramenta do processo educativo, através de debates, reflexões e ações em torno dos problemas sanitários, constituindo um “[...] estímulo para um processo que deverá necessariamente romper com os limites das práticas sanitárias, para depois a ele refluir como uma proposta já de **controle** e não simplesmente de participação.” (NORONHA e TRAVASSOS, 1981, p. 20) [Grifo meu]. De acordo com estes autores é necessário, para que a participação da comunidade seja realmente ativa, definindo e controlando as ações de saúde a serem executadas, que o foco da medicina extrapole a questão específica da saúde.

Os meus grifos nessas citações salientam que estes autores já apontavam características de um sistema de saúde que, doze anos mais tarde, seriam incorporados com princípios e diretrizes na constituição do SUS em 1988/90, quais sejam, a integralidade e a universalidade da assistência, o controle social, o trabalho em equipe (equipe de saúde da família), a inserção da equipe no território, o agente comunitário de saúde como liderança comunitária.

Os autores acima discutidos deixam claro que, apesar da origem da Medicina Comunitária estar vinculada ao controle social e à manutenção de desigualdades de oferta e acesso a serviços de saúde, no Brasil ela adquiriu, também, outras concepções e objetivos, conformando-se numa proposta de política de saúde para toda a população brasileira.

1.3 Algumas experiências de Medicina Comunitária

Os primórdios da Medicina Comunitária no Brasil datam do fim da década de 1960 a partir de projetos “[...] visando a ampliar as práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres” (CONILL, 2009, p. S10). Assim como na Europa e América do Norte, o setor saúde no Brasil encontrava-se em crise. Entre as suas causas e sinais, Mello (1979, p. 8) destaca: a “[...] produção de instrumental e tecnologia, o excesso de especialização médica, as indústrias farmacêuticas, a falta de cobertura à população necessitada, e particularmente no Brasil a estrutura de ensino e o assalariamento do médico.”

A partir de 1960, fica cada vez mais evidente a impossibilidade de uma formação médica universitária suprir os requisitos comuns a todas as especialidades com aprendizado prático suficiente. Alia-se a esta questão o crescente custo da atenção médica em função da incorporação acrítica de novas tecnologias. Assim, a crise da educação médica é também a crise do modelo liberal de medicina.

As respostas curriculares a essas crises foram

[...] muito diversas, dependendo das realidades nacionais. Maior atenção foi dada à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, ao modelo de aprendizagem baseado em problemas e capaz de interagir globalmente com o paciente, tendo em conta sua condição social (EDLER e FONSECA, 2006a, p. 22)

Segundo Andrade (1995, p. 60) organismos internacionais veicularam o Projeto de Medicina Comunitária para as escolas médicas latino-americanas. “Assim, médicos e professores brasileiros participaram ativamente de encontros internacionais, reflexões teóricas e experiências concretas na área da Medicina Comunitária [...].”

Nesta década, ocorria no Brasil um aumento explosivo do número escolas médicas¹⁶ que, em sua maioria, ao contrário do que ocorreu na América Latina, eram privadas, concentradas na região sudeste e sem compromisso com a qualidade do ensino ou com propostas curriculares inovadoras (EDLER e FONSECA, 2006a). Entre os fatores que proporcionaram este aumento, podemos citar a demanda/pressão da classe média da população pelo ensino superior aliada às necessidades do novo mercado de trabalho (burocracia estatal e empresas capitalistas de grande porte); a concentração de capital, renda e trabalho em especial após a golpe militar de 1964, com maior demanda de pessoal com maiores qualificações (ANDRADE, 1995).

Em 1964, Thomaz Tommasi¹⁷ inicia um trabalho na Área Programática de Maruípe/ES, com o propósito inicial de “[...] detectar problemas e desenvolver soluções em conjunto com a comunidade, até que esta se torne autônoma no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde [...]”, considerando-se que “[...] os problemas locais da comunidade não podem ser entendidos como locais, nem em sua manifestação, e nem em sua origem” (CRUZ, 1985, p. 95). Fica clara, nestas colocações, a ausência de uma visão reducionista do processo saúde-doença-cuidado.

O projeto Jardim das Oliveiras do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Unicamp introduz, em 1969, a idéia de medicina comunitária em Campinas/SP. Este projeto uniu as cadeiras de medicina preventiva, pediatria e tocoginecologia e tinha por objetivos o ensino e a pesquisa, “[...] levando os alunos a atenderem no próprio bairro Jardim das Oliveiras em interação constante com a população fazendo o atendimento integral a partir do grupo escolar” (MELLO, 1979, p. 20).

Segundo Andrade (1995, p. 82) a escolha dessa área,

[...] já no início de 1966, [...] orientou-se por critérios que mostravam a preocupação com a busca de uma comunidade em condições de se tornar

¹⁶ Entre 1965 e 1972, as matrículas no 1º ano dos cursos de medicina cresceram de 3.800 para 9 mil alunos. Como resultado desse incremento de vagas, o número estimado de médicos diplomados no Brasil em 1978 era de 100.000 – o dobro da totalidade dos médicos que exerciam a profissão em 1972. (EDLER e FONSECA, 2006b, p. 26)

¹⁷ Médico, ex-diretor do Centro Biomédico, atual Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.

objeto de observação e intervenção, constituindo-se um *laboratório* para a prática da Medicina Preventiva: uma população de nível sócio-econômico baixo, não muito numerosa, ocupando uma área de extensão limitada, carente de recursos, inclusive médico assistenciais, não excessivamente trabalhada por entidades assistenciais ou sujeita a influências políticas, e que aceitasse colaborar com os programas propostos [Grifos do original].

Nota-se nesses dois últimos parágrafos que os autores referem-se ao mesmo projeto como sendo de medicina comunitária (MELLO) e de Medicina Preventiva (ANDRADE). Destaca-se, também, na citação acima que as características da comunidade apresentada se enquadram no tipo “tarefeiro” conforme Noronha e Travassos (1981) anteriormente citados.

Em 1972, o Laboratório de Estudos de Medicina Comunitária, criado na Unicamp integrando várias áreas da Universidade, elabora o programa do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, para a implantação de um “[...] sistema de atenção materno-infantil, clínica de família e medicina comunitária [...]”, através de convênio entre “[...] as secretarias municipal e estadual de saúde e a Unicamp. Posteriormente, a Fundação Kellogg financiou o programa.” (MELLO, 1979, p. 20). Este tinha por objetivos “[...] desenvolver programas comunitários de saúde e programas de ensino, assistência e pesquisa de interesse da Saúde Pública, ao lado da capacitação e aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar para os órgãos de Saúde Pública [...]” (ANDRADE, 1995, p. 95).

O modelo assistencial inicialmente proposto para o Projeto de Paulínia

assentava-se nos princípios da *Medicina Integral* – a ação deveria se processar no indivíduo, na comunidade e no ambiente, considerando-se os vários níveis de prevenção a partir do modelo da historia natural da doença -, da *medicina integrada*, que envolveria a unificação de todos os serviços de saúde de determinada área, e da hierarquização em vários níveis da atenção à saúde, pretendendo-se trabalhar a partir de uma situação experimental de serviço de atenção médica, da qual participariam os vários prestadores de serviços, incluindo a universidade (ANDRADE, 1995, p. 95) [Grifos do original].

Em análise deste Projeto em sua tese, Andrade refere que um grupo “[...] pertencente à corrente médico-social do DMPS [...]” possuía “[...] um discurso próprio, articulado a um projeto político de transformação social, que concebia o espaço dos saberes e das práticas sanitárias como um campo estratégico para a luta política.”¹⁸ Um dos principais focos da crítica era a Medicina de Comunidade, “considerada uma alternativa limitada de reforma, de cunho principalmente ideológico, que pretendia, através da extensão de consumo, diminuir as tensões sociais sem desencadear mudanças no nível estrutural.” (ANDRADE, 1995, p. 105). Este grupo tinha como estratégia política, a partir dos espaços institucionais no campo da saúde e do ensino, “[...] trabalhar para a construção de uma consciência sanitária da população, primeiro passo para alcançar uma consciência social e política capaz de ser geradora de mudanças.” (ANDRADE, 1995, p. 106).

Este grupo reconhece a existência de contradições nestes espaços em razão da “origem e identidade de classe” dos alunos de Medicina gerando “[...] uma potencial oposição às transformações estruturais [...]”. Propõe então, o redirecionamento do modelo assistencial a partir do “[...] *descentramento* da atividade universitária [...] re-situando o saber médico nos marcos de uma ação política mais ampla [...]” deixando a “[...] *consulta médica propriamente dita [...] de ser o centro e a razão principal do funcionamento da instituição*” (ANDRADE, 1995, p. 106). [Grifos do original].

Em 1974 idealizou-se o projeto de um Sistema de Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre/RS.

Dois anos após, em 1976, surgem os três primeiros Programas de Residência Médica (PRM) desta área no país: o programa de residência em Saúde Comunitária do Centro de Saúde-Escola Murialdo da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre/RS; o subprograma de internato e residência em Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, em Vitória de Santo Antão, próximo a Recife/PE e o do Serviço de Medicina Integral da UERJ, no Rio de Janeiro/RJ. Estes programas, além das diferentes denominações, apresentavam também diferentes programações e modelos de

¹⁸ Segundo esta autora, “este segmento do DMPS vinculava-se politicamente ao Partido Comunista Brasileiro, que, àquela época, encontrava-se na ilegalidade.”

formação profissional, embora que voltados para a proposta comum de medicina comunitária (BORDIN, 1988; FALK, 2004).

Em alguns municípios brasileiros foi construído um sistema público de saúde totalmente baseado “[...] no modelo da Medicina Comunitária e da participação popular [...]” como o foi de Campinas/SP, que em 1977-78 instalou “[...] dezesseis postos de saúde municipais em bairros da periferia [...]. Apesar de instalada, a rede contava com escassos recursos humanos e materiais [... assim,] o atendimento à população tendia a permanecer no nível do que se convencionou chamar de “*medicina de pobre*” [...]” (L’ABBATE, 2009, p. 112-113) [Grifos do original].

Durante o VIII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina do Brasil, ocorrido em Maceió/AL, de 11 a 18 de julho de 1976, uma mesa redonda discutiu os serviços médicos existente no Brasil à época –

o privatizado, de alta tecnologia e custo, voltado para a minoria de alto poder aquisitivo; e aquele dirigido à maioria da população, através de instituições estatais, basicamente o INPS e o Funrural (SAÚDE EM DEBATE, Informes, 1976, p. 6).

Segundo os debatedores, estes serviços baseavam-se em fundamentos de medicina comunitária, porém, de maneira reducionista, sem considerar “[...] as condições precárias de saneamento, nutrição, habitação, salário e trabalho [...]”, propondo “[...] medidas meramente paliativas [...]” para “[...] amenizar tensões sociais geradas pelas contradições dos sistemas, que se refletem nas comunidades”. Consideraram também que o planejamento dos programas de medicina comunitária era realizado por cúpulas, quer governamental quer de universidades, sem a participação da comunidade. Concluíram, ainda, que os próprios estudantes de medicina não possuíam um conhecimento aprofundado sobre estas questões, visto as limitações curriculares, propondo disporem “[...] de liberdade de discussão dentro das faculdades, a fim de que possamos realmente ter uma participação crítica na sociedade onde vivemos” (SAÚDE EM DEBATE, Editorial, 1976, p. 6).

Nota-se a existência de uma visão crítica sobre a prática tendenciosa e descaracterizante da medicina comunitária e um movimento de ampliação da visão da formação médica através da inclusão das dimensões sociais.

Neste ano, Maria Cecília Ferro Donnangelo e Luiz Pereira lançam o livro *Saúde e Sociedade*, composto pelo texto original da tese de livre-docência de Donnangelo intitulada “Medicina e Estrutura Social – o campo de emergência da Medicina Comunitária” e o texto “Capitalismo e Saúde” baseado em considerações de Pereira, membro da Comissão Examinadora, a esta tese de Donnangelo. Neste livro, Donnangelo conclui que

Representando um projeto de extensão da assistência médica a categorias sociais cuja significação é sobretudo política, e cuja produtividade não impõe o recurso a formas determinadas de cuidado, a Medicina Comunitária comporta formas, tentativas de recomposição dos meios de trabalho, configurando uma nova modalidade de organização interna da prática, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo de serviços e a questão dos custos médicos. Constitui-se, assim, em seu conjunto, como prática médica alternativa frente a outras modalidades de prática que tomam como objeto distintas categorias sociais, revelando um aspecto da diferenciação interna ao campo médico articulado à estrutura da produção (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 94).

A IV SESAC, realizada em Londrina, de 4 a 9 de abril de 1977, contou com a representação oficial da “Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ) e o CEBES. Estas entidades propuseram, através de moção [...] apresentada e aprovada na Plenária final da Semana, o aumento da participação dos profissionais de saúde na SESAC [...]” (ROSAS e CAMPOS, 1977, p. 69) com o intuito de utilização da SESAC

[...] como um momento privilegiado de discussão de suas lutas específicas e mais gerais em relação às questões de saúde [...] reunidos em torno de um problema comum: a saúde comunitária. [...] Mantendo, dessa maneira, viva a chama da discussão, e lutando pelo acesso da maioria da população à saúde [...] como também uma maior participação na vida nacional, somando os seus esforços ao de todas as demais entidades que lutam pelas liberdades democráticas” (idem).

Nesta SESAC, o prof. Sérgio Arouca proferiu conferência sobre o tema “Saúde Comunitária” enfocando os seguintes aspectos:

[...] o problema da renda do povo brasileiro, colocando que o ideal seria que toda a população tivesse uma melhor remuneração para poder ter acesso a alimentos, bens materiais básicos, moradia e melhores condições de saneamento; [...] a necessidade de uma reformulação nos currículos das escolas superiores – a Medicina está cada vez mais especializada, e não está voltada para atender a maioria da população. [...] Para se poder estudar e analisar o problema de saúde seria necessário um estudo mais profundo sobre as relações sócio-econômicas e políticas do país. [...] a saúde depende da população, que tem que exigir seus direitos e não aceitar soluções técnicas impostas por tecnocratas que, por trás de uma mesa tentam apresentar soluções para o problema. A saúde é antes de mais nada, um direito do ser humano e como tal deve ser respeitada (ROSAS e CAMPOS, 1977, p. 69-70).

Nesta IV SESAC ainda ocorreram as seguintes conferências: “Farmacopéia Rural” pelo Grupo de Estudos de Medicina Popular do Rio de Janeiro; “Nutrição e Moradia” pelo jornalista Fausto Cupertino e o “Papel da Universidade na Realidade de Saúde da População”, proferida pelo prof. Cornelius von Stralen, da UFMG, na qual, a partir da “experiência de Medicina Comunitária e participação da Universidade no projeto de MONTES CLAROS-MG, o conferencista levantou algumas questões sobre a participação dos estudantes no trabalho de saúde comunitária” (ROSAS e CAMPOS, 1977, p. 70).

A IV SESAC quer em razão das entidades nela representadas e das conferências proferidas, demonstrou que a Saúde/Medicina Comunitária possuía, neste momento, ampla abrangência institucional e conceitual, como descrito no item 1 da Moção dos profissionais de saúde presentes à IV SESAC:

1. A SESAC, desde o seu início, tem se caracterizado pelo desenvolvimento de debates críticos da realidade de saúde do povo brasileiro e das diversas formas de atuação comunitária de saúde, sendo ponto de encontro de estudantes e profissionais da área (ROSAS e CAMPOS, 1977, p. 70).

No período de 8 a 14 de maio de 1977, o Departamento de Medicina Preventiva e a disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP organizam o Seminário “Medicina Comunitária e Ensino” sob o patrocínio do convênio Kellogg/USP-Pediatria. Além de vários simpósios sobre a realidade da assistência médica no Brasil e em São Paulo, sobre experiências comunitárias e saúde mental comunitária, ocorreram várias conferências, entre as quais:

[...] “América Latina e Problemas de Saúde” por Mário Chaves, da Fundação Kellogg; “Medicina Comunitária: Conceito e História” por Carlos Vidal e “Medicina Comunitária e Escola Médica” por Juan César Garcia, ambos da Organização Pan-Americana de Saúde; “Medicina Comunitária – Planejamento” por Sérgio Arouca, e “Medicina Comunitária: Saúde e Estrutura Social.” por Guilherme Rodrigues da Silva (SAÚDE EM DEBATE, Acontecimentos, 1977b, p. 85).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata/URSS, em 1978, reforça e expande para o mundo a estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS). Neste mesmo ano, é realizado em Campinas, um seminário “[...] sobre a formação do médico generalista [...]” com “[...] a preocupação de se discutir as diferenças existentes entre os diversos projetos em curso – saúde comunitária, medicina social, sanitarismo, preventivismo, etc., e os programas do médico de família, no intuito de equilibrar a formação do mesmo” (CAMPOS, 2001, p. 135).

Logo no ano seguinte é criada a primeira Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Murialdo (Porto Alegre/ RS).

Em 1980 é implantado o programa de Medicina Comunitária na comunidade de Eucalipto “[...] quando foi iniciado o processo de desenvolvimento curricular do Curso Médico no Centro Biomédico da Universidade [...]” Federal do Espírito Santo – UFES, com a posterior implantação, em março de 1983, do “[...] Programa de Medicina Geral Comunitária, com base em um trabalho iniciado, em 1964, por THOMAZ TOMMASI na Área Programática de Maruípe” (CRUZ, 1985, p. 95) [grifos do original].

Porém, somente em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), através da Resolução 07/81, oficializa a especialidade de Medicina Geral Comunitária que,

até este momento, era considerada equivalente aos (e incluída nos) programas de residência em Medicina Preventiva e Social através da Resolução CNRM nº 08/79.

Em 07 novembro de 1981, os coordenadores¹⁹ dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal de Pernambuco, Faculdade de Medicina de Petrópolis, Universidade Federal de Pelotas, da Unidade Sanitária Murialdo/RS, elaboram a Declaração de Petrópolis. Nela afirmam ser a formação do médico geral comunitário “[...] necessária e essencial para o atendimento das reais necessidades de saúde de populações, através da prestação de cuidados primordiais (primários) de saúde [...]”, em nível de graduação e pós-graduação e apoiada por organismos governamentais de nível central e local. “Esta formação deve ser a mais ampla possível [...], a fim de que os residentes adquiram uma consciência crítica sobre os objetivos, os métodos e os resultados das atividades em que se engajaram” (Declaração de Petrópolis - ANEXO F).

Neste texto é importante destacar a vinculação feita entre o Médico Geral Comunitário e a prestação de cuidados primários em saúde e a necessidade de “uma consciência crítica” por parte dos mesmos, corroborando o pensamento dos estudantes de medicina reunidos no VIII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina do Brasil acima descrito.

Em 05 de dezembro de 1981, funda-se a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), com sede em Petrópolis – RJ, “[...] visando promover o desenvolvimento da especialidade e o intercâmbio científico, técnico, cultural e social entre os profissionais da área” (BORDIN, 1988, p. 24). Porém, a SBMGC ficou inoperante por um período de quatro anos, “[...] até porque membros da Diretoria haviam se retirado para fundar a Associação Brasileira de Medicina de Família – ABRAMEF” (BORDIN, 1988, p. 24).

Por todos estes acontecimentos, a “[...] especialidade MGC continuava pouco reconhecida, isolada em poucos PRMGC’s no país e quase sem mercado de trabalho” (FALK, 2004, p. 3), devido, entre outras, ao “[...] não aproveitamento do MGC pelo

¹⁹ Carlos Borges, Guilherme Abath, Eduardo Vilhena Leite, Kurt Kloetzl, Ellis D’Arrigo Busnello e Nelson Rudi Koehler.

INAMPS, apesar deste ser o maior mantenedor das Residências” (BORDIN, 1988, p. 24-25).

Não seria o caso de questionar: se o INAMPS mantinha as residências, porque não contratava os seus egressos?

Em texto publicado em 1985 na Revista Brasileira de Educação Médica, Cruz *et al* apresentam questões que considero fundamentais, mesmo nos dias de hoje, à atividade da equipe de saúde na comunidade, quais sejam:

Com os olhos de quem a equipe de saúde enfoca a Comunidade? A significação do percebido é a mesma para as equipes e para a comunidade? Não estaremos repetindo uma relação determinada pelos aparelhos ideológicos do Estado que perpetua o discurso transmitido de geração a geração em relação ao lugar do sujeito, da família e da comunidade? (CRUZ *et al*, 1985, p. 97).

Estas questões evidenciam a preocupação já presente com aspectos fundamentais da relação das equipes de saúde com a construção de um projeto de saúde comunitária que promovesse uma efetiva mudança nos parâmetros de saúde das comunidades.

Somente em novembro de 1985, em Petrópolis/RJ, durante o Encontro de Residentes e Ex-Residentes de Medicina Geral Comunitária, 48 médicos de sete estados propuseram a reativação da SBMGC, que se efetivou em 21 de março de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi eleita uma nova Diretoria, só com médicos gerais comunitários.

Em 20 de abril de 1986, reúne-se o Conselho Diretor da SBMGC, com a presença de núcleos estaduais de cinco estados. Do documento final desta reunião destaca-se o entendimento operacional de coletividade “[...] como área geográfica e/Ou funcionalmente delimitada inserida em um contexto sócio-econômico e político, no qual atuam os determinantes do perfil de morbi-mortalidade.” O documento afirma ainda que o “[...] Médico Geral Comunitário constitui-se, assim, no profissional mais adequado para a base de um sistema nacional de saúde baseado em princípios de regionalização, hierarquização, integrado, em níveis de complexidade crescente, num sistema de referência e contra-referência” (SBMGC, 1986 - ANEXO E).

Como se observa, este documento aborda o processo saúde-doença determinado sócio-econômico e politicamente e apresenta princípios e características do SUS, dois anos antes de sua criação em 1988.

Em 1986 o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.232/86, oficializa a Medicina Geral Comunitária como especialidade médica. Ainda neste ano, é realizado o I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, em Sete Lagoas/MG e são lançados o Boletim da SBMGC e a Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária.

Este Congresso, em setembro/1986, “[...] caracterizou uma ruptura com a proposta de Medicina de Família” (BORDIN, 1988, p. 25), considerando que “[...] a distinção entre a Medicina Geral Comunitária e a Medicina de Família se fundamenta nas diferenças das práticas sociais, que tornam seus objetivos divergentes” (BORDIN, 1988, p. 25; Congresso, 1986 - ANEXO D).

Em 1988, existiam dez programas de residência em MGC em todo o Brasil (BORDIN, 1988).

A partir de então, inicia-se um processo de esvaziamento das residências em Medicina Geral Comunitária, com a extinção de vários programas e a “hibernação” da SBMGC.

Em 2001, a SBMGC é transformada na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que se encontra em plena atividade desde então.

1.4 JUSTIFICATIVA

Pelo que foi visto anteriormente, embora haja relatos e análises de experiências em relação à MC, o enfoque deste trabalho procura identificar o sentido das experiências analisadas, estudando o seu aspecto micro-organizacional.

Todavia, se o âmbito de emergência da Medicina Comunitária encontra-se nas sociedades capitalistas e se o seu significado pode ser apreendido a partir do sentido mais amplo que adquiri a política social, e em particular

a política de saúde nessas sociedades, trata-se agora de tentar identificar a sua especificidade como forma de organização de serviços e como dimensão particular da política social (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 71).

Assim, é possível identificar que a principal justificativa desta pesquisa está na relevância da compreensão da trajetória da Medicina Geral e Comunitária (MGC), analisando em seu processo de institucionalização a partir das experiências em pauta.

A importância da recuperação de parte da história do movimento de Medicina Geral Comunitária no Brasil, em especial, das três experiências investigadas, busca lançar um olhar (crítico?) sobre um dos movimentos que contribuíram para a formulação de política de saúde no Brasil e verificar se e como estas experiências auxiliariam no entendimento da estruturação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.

Neste aspecto, de acordo com Anderson (2005, p. 10), a “[...] larga experiência internacional e a própria experiência nacional, desenvolvida, sobretudo, em torno de serviços e projetos de APS baseados na Medicina Comunitária, não têm sido devidamente valorizadas”.

A partir desta história, estabelecer sua real potencialidade como instituinte, visando auxiliar na resolução de grandes desafios à plena realização do SUS, sem deixar de considerar os diferentes contextos.

Dentre estes desafios, a formação de recursos humanos é destacada por alguns autores, a saber:

Entre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Contudo, todos estes elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada destes profissionais, agora organizados em forma de equipe (CAMPOS, 2001, p. 138).

Para tanto, entre outras necessidades,

Espera-se que o egresso da RMMFC [Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade] converta-se em agente de mudança no campo da saúde, recusando-se a assumir o papel de mero prestador de serviços, subserviente aos interesses do mercado ou de projetos reducionistas e pacotes restritivos de medicina pobre para pobre, que funcionam mais como uma espécie de regra três da medicina biotécnica (ANDERSON, 2005, p.8).

Justifica-se também a realização dessa investigação, tendo em vista a carência de estudos preocupados com a perspectiva de identificar processos histórico-sociais nas diversas experiências de organização de serviços de saúde originadas de diferentes propostas governamentais.

Em termos da Análise Institucional, considerando a afirmação de Antoine Savoye, segundo a qual “[...] os domínios e os objetos preferenciais das análises institucionais de orientação sócio-histórica [...] são prioritariamente [...] as correntes pedagógicas [...]” e “[...] as disciplinas científicas [...] – a sociologia e as ciências da educação”, (SAVOYE, 2007, p. 183-4), este projeto apresenta também a possibilidade de ampliação do domínio da Análise Institucional Sócio-Histórica para o campo da Saúde Coletiva.

1.5 HIPÓTESE

A Medicina Geral Comunitária (MGC) no Brasil apresentou características próprias que a diferem do modelo original americano, prevalecendo, no processo de implantação e implementação, a flexibilidade e as inovações de caráter local.

1.6 OBJETIVO GERAL

Resgatar o processo de constituição da Medicina Geral Comunitária (MGC) brasileira a partir de algumas experiências municipais.

1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar a constituição da experiência em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde-Escola Murialdo e do Hospital Geral Conceição em Porto Alegre/RS.
2. Analisar a constituição do programa de residência médica em Medicina Geral Comunitária do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG.
3. Analisar as possíveis interfaces destas experiências com a atual Estratégia da Saúde da Família, entendida como a APS no SUS.

II - REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

E tu para que queres um barco, pode-se saber, foi o que o rei de facto perguntou quando finalmente se deu por instalado, com sofrível comodidade, na cadeira da mulher da limpeza, Para ir à procura da ilha desconhecida, respondeu o homem, Que ilha desconhecida, perguntou o rei disfarçando o riso, como se tivesse na sua frente um louco varrido, dos que têm a mania das navegações, a quem não seria bom contrariar logo de entrada, A ilha desconhecida, repetiu o homem, Disparate, já não há ilhas desconhecidas, Quem foi que te disse, rei, que já não há ilhas desconhecidas, Estão todas nos mapas, Nos mapas só estão as ilhas conhecidas, E que ilha desconhecida é essa de que queres ir à procura, se eu to pudesse dizer, então não seria desconhecida, A quem ouviste tu falar dela, perguntou o rei, agora mais sério, A ninguém, Nesse caso, por que teimas em dizer que ela existe, Simplesmente porque é impossível que não exista uma ilha desconhecida.

(SARAMAGO, J. *O conto da ilha desconhecida*)

2.1 A Análise Institucional Sócio-Histórica (AI S-H)

Este trabalho propõe-se a desenvolver uma Análise Institucional Sócio-Histórica (SAVOYE, 1988, 2003, 2007) da Medicina Geral Comunitária (MGC), no intuito de compreender sua gênese teórica e social e seu processo de institucionalização, ou seja, sua “duração, temporalidade e historicidade”. Ressalte-se, conforme já mencionado, que a MGC, como modelo de organização de serviços de saúde que ocorreu em vários municípios

brasileiros, sobretudo na década de 1970-80, foi investigada a partir de três experiências: “Murialdo”, “Conceição” e “Mariana”²⁰.

Segundo L’Abbate (2005, p. 237),

A análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática [...] e] tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais [...] transversalidade, analisador e implicação, tendo como base um conceito dialético de instituição.

A análise destes discursos e práticas “[...] institui uma crise nas instituições, e uma crise das instituições é uma forma de análise, uma crise-análise.” (LOURAU, 1996, p. 276)

A Análise Institucional (AI) ao abordar as relações entre o Estado e a sociedade, possibilita o entendimento da interação de sujeitos estratégicos na formulação de políticas, “[...] com interesses e idéias muitas vezes contraditórios e também calibrar e ponderar as formas em que se retroalimentam a governabilidade e a gestão pública ou capacidade de governo” (BELMARTINO, 2008, p. 129). Segundo esta mesma autora, esta articulação é uma construção social, gerada, conservada ou modificada pelo jogo político, variando nas diferentes áreas da ação pública e em uma mesma área através do tempo.

Esta característica da AI está presente desde a sua estruturação “[...] em torno de seu conceito-pivô, a instituição” (SAVOYE, 2007, p. 181).

O conceito de instituição, base da AI, embora entendido, a priori, como “[...] árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente” (BAREMBLITT, 1992, p. 117), para Lourau (1975) ele é “polissêmico”, pois possui diferentes conceituações. Dentre estas, destacamos a do próprio Lourau (2004a, p. 71), onde:

²⁰ Experiência em MGC do Centro de Saúde-Escola Murialdo (Porto Alegre/RS), experiência em MGC do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS) e Residência em MGC do Hospital Monsenhor Horta (Mariana/MG)

Primeiro, as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro.

Segundo, a instituição não é um nível de organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo.

Logo, pertence a todos os níveis da análise: no nível individual, no da organização (hospital, escola, sindicato), no grupo informal bem como no formal, encontramos a dimensão da instituição.

Concordando com a definição acima, Martín (2004, p. 168) acrescenta que

[...] a instituição não é um “nível” a mais, mas um processo contraditório que atravessa todos os níveis em que a realidade é arbitrariamente recortada, todas as disciplinas científicas instituídas, e que, mediante o conceito de implicação, a AI subverte o tradicional “corte epistemológico” e a perigosa “neutralidade científica”.

E, ainda, para Ardoino e Lourau (2003, p. 17 e 25), a instituição

É um objeto virtual, produzido pela análise, que a elabora ao mesmo tempo em que a interpreta, muito mais do que um objeto real [...]. A instituição é imaterial. Jamais é diretamente apreensível. Só se pode apreendê-la por intermédio da materialidade da organização. Ainda assim, é necessário que um instrumental analítico apropriado permita reconhecê-la em sua especificidade, descolando-a da organização com a qual, de outra forma, ela se confundiria.

A noção de instituição é equívoca na medida em que podemos abordá-la tanto como algo que já está aí como quanto algo em vias de se instituir. Ela se define, então, como o movimento pelo qual as forças sociais se materializam em formas sociais. A dinâmica e a dialética do **instituído** (universalidade – a instituição, enquanto um já aí estabelecido, vista pelo olhar da sociologia positivista descritiva); do **instituinte** (particularidade – negação, contestação, colocação em questão do instituído pelo projeto do que ainda não é); da **institucionalização** (singularidade – equilíbrio metaestável, em perpétuo devir, e não “síntese” definitiva) fazem dela

“um objeto flutuante no limite do real, envolto sem cessar nas ondas do imaginário” [Grifos meus].

De outro modo, Baremblytt (1992, p. 177) refere que “[...] toda instituição compreende um movimento que a gera: o **instituinte**; a um resultado, o **instituído**; e um processo, a **institucionalização**.” [Grifos meus]. O instituinte “[...] é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais”, o instituído, por outro lado, é o “[...] resultado da ação instituinte [...] cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades essenciais para a vida coletiva.” A institucionalização caracteriza-se como o

terceiro momento do conceito de instituição, [que] designa um processo que se desdobra no tempo e só é perfeitamente compreensível mediante a reconstituição de seu desenvolvimento diacrônico. A idéia de institucionalização, portanto, implica raciocinar em termos de duração, temporalidade e historicidade (SAVOYE, 2007, p. 181).

De modo sintético, na visão da Análise Institucional, todo instituído contém em si algo de instituinte, que em função de seu potencial pode, através do processo de institucionalização, transformar este instituído. “O processo de *institucionalização*, se difícil de delimitar no presente, é facilmente objetivado com o distanciamento histórico.²¹” (SAVOYE, 1988, p. 156) [Grifo do original].

Ocorre, porém, que a AI tem sido utilizada fundamentalmente para a análise de situações presentes. No caso do objeto desta tese, a MGC, foi necessário trabalhar com uma abordagem que compreendesse também situações passadas, pois, das experiências investigadas, duas ainda permanecem, embora de forma diferente da época em que foram criadas (Murialdo e Conceição) e uma já não existe mais (Mariana).

²¹ No original: « Le processus *d’institutionnalisation*, si difficile à cerner dans le présent, est plus facilement objetivable avec la distance historique. » (Minha tradução).

Segundo Savoye (1988, 2003) a conjugação da Análise Institucional com as pesquisas sócio-históricas não é nova, fazendo parte da AI desde o seu início, pelo menos em relação a autores como René Lourau, Lapassade, Remi Hess, Félix Guattari, Michel Foucault e o próprio Savoye.

Os primeiros trabalhos envolvendo a pesquisa sócio-histórica na AI se iniciam e se tornam recorrentes a partir de 1969 com a publicação de *L'Instituant contre l'institué* de René Lourau, constituindo assim, “[...] um eixo de pesquisa consubstancial à AI, mesmo se ocupam, no seio do *corpus* das análises institucionais realizadas, um lugar menos emblemático que as pesquisas clínicas, como a intervenção socioanalítica” (SAVOYE, 2007, p. 185) [Grifo do original].

Nesta última década, a “sócio-história” (S-H) se desenvolveu consideravelmente, em especial após 2002, com a publicação da obra de Joel Guibert e Guy Jumel²². Desde então, a expressão ‘sócio-história’ tem sido cada vez mais empregada para “[...] qualificar os trabalhos de seus autores, sociólogos e historiadores, que não se situam mais doravante dentro de uma só disciplina, mas na junção, ou mesmo, na interface entre a Sociologia e a História”²³ (SAVOYE, 2003, p. 133).

Concordando com Savoye (2003), quando o mesmo se refere à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a compatibilidade entre as pesquisas sócio-históricas e ao impacto dessa orientação dentro do campo da AI, a seguir serão abordados alguns tópicos que podem auxiliar na verificação desta compatibilidade.

Assim, inicialmente, cabem algumas conceituações, quais sejam:

- História: (com maiúscula), entendida como “[...] disciplina institucionalizada que fornece os instrumentos teóricos, conceituais e metodológicos, além do conhecimento historiográfico, à formação do historiador” (CARDOSO, 2002, p. 133).

- história: (com minúscula) entendida como “[...] processo humano do viver em coletividade aos longos dos tempos e no aqui e agora, ou seja: o que os seres humanos cotidianamente viveram no passado e vivem hoje, sempre estabelecendo relações entre si e com as coisas” (CARDOSO, 2002, p. 133).

²² La socio-histoire, Paris, Armand Colin, 2002.

²³ No original: « [...] qualifier les travaux que leurs auteurs, sociologues et historiens, ne situant plus désormais exclusivement dans une discipline mais à la jonction, voire à l'interface de la sociologie et de l'histoire. » (Minha tradução).

Para o institucionalismo, história

[...] é um saber que procura reconstruir os acontecimentos do passado assumindo que o fará a partir dos desejos, interesses e tendências de quem protagoniza este estudo. Assim entendida, a história não é a investigação acerca do que já está definido, obsoleto e morto, mas o conhecimento de processos que estão vigentes no presente, que começaram no passado e que determinam virtualidades e possibilidades futuras (BAREMBLITT, 1992, p. 174).

A historiografia para Cardoso (2002, p. 133) é o discurso que os historiadores de ofício fazem acerca do passado e, no institucionalismo,

[...] trata-se de um relato dos fatos históricos, aparentemente claro e acessível. Em geral, é uma versão “oficial” que foi conservada e divulgada porque coincide com os interesses do estado, das classes dominantes e do Instituído-Organizado-Estabelecido, que possuem mecanismos para arquivar e selecionar os dados que lhes convêm (BAREMBLITT, 1992, p. 174-175).

Por outro lado, a historicidade

[...] é estabelecida a partir de um problema do presente e voltar à História não significa olhar o passado como fonte do presente (sua origem embrionária), mas como lugar do *acontecimento*, da emergência de enunciados que, em sua singularidade, exibem as lutas entre forças em conflito, as redes de contingências que os fizeram aparecer em certo momento histórico (GREGOLIN, 2009, p. 3) [Grifo do original].

As diferenças entre História, história, historiografia e historicidade nos levam à necessidade de utilização de metodologias próprias para lidar com as mesmas.

Assim,

[...] afirmar que a história é importante é insuficiente; os cientistas sociais querem conhecer o porquê, o onde e como, se gera este aporte específico. E este é o desafio metodológico que devemos enfrentar se queremos validar o campo/os campos de investigação em saúde (PIERSON, *apud* BELMARTINO, 2008, p. 126).²⁴

Neste sentido, a proposta da análise institucional na vertente sócio-histórica desenvolvida por Savoye (1988, 2003 e 2007) fundamenta-se na necessidade de ampliação do conhecimento acerca de fatos no passado, mas que ainda possuem repercussão no presente. Nesta proposta,

[...] a contribuição teórica e conceitual da AI à pesquisa sócio-histórica não é uma simples aplicação mecânica de uma à outra, mas uma transposição que entranha modificações recíprocas. Assim, do lado da sócio-história, o recurso aos elementos conceituais da AI implicam uma necessária mudança de escala. A história macrossocial deve ser abandonada em proveito de objetos bem circunscritos, de dimensão reduzida e encarados sobre um período histórico breve como os que privilegiam a micro-história. Em retorno, a AI, por sua vez, deve aperfeiçoar-se integrando os imperativos e os constrangimentos da pesquisa histórica, notadamente suas técnicas de investigação arquivista e a enquete historiográfica. A este preço, a combinação da S-H e da AI poderá ser produtora de uma sócio-história institucional cujos resultados terão impactos incluídos, eles mesmos, na própria teoria²⁵ (SAVOYE, 2003, p. 143)

²⁴No original: [...] “afirmar que la historia importa es insuficiente; los cientistas sociales quieren conocer porqué, dónde y cómo se genera ese aporte específico. Y este es el desafío metodológico que debemos enfrentar si queremos el campo/los campos de investigación en salud” (Minha tradução).

²⁵No original: [...] l’ápport théorique et conceptuel de l’AI à la recherche socio-historique n’est pas une simple application mécanique de l’une à l’autre, mais une transposition qui entraîne des modifications réciproques. Ainsi, du côté de la socio-histoire, le recours à des éléments conceptuels de l’AI implique un nécessaire changement d’échelle. L’histoire macrossociale doit être délaissée au profit d’objets bien circonscrits, de taille réduite et envisagés sur une période historique brève comme ceux que privilégie la micro-histoire. En retour, l’AI doit, pour sa part, se perfectionner en intégrant les impératifs et les contraintes de la recherche historique, notamment ses techniques d’investigation archivistique et d’enquête historiographique. À ce prix, la combinaison de la socio-historique et de l’AI pourra être productrice d’une socio-histoire institutionnelle dont les auront des impacts y compris sur la théorie elle-même (Minha tradução).

Savoie (2003, 2007) considera que a sócio-história (S-H), ao articular a História e a Sociologia, pode ser entendida de duas maneiras distintas, conforme o enfoque seja dado ao conhecimento do presente ou ao do passado. Quando a ênfase é dada ao conhecimento do presente, a S-H significa a entrada em perspectiva histórica de uma “realidade” estudada dentro da sua atualidade, seja ela uma realidade tangível (instituição, fenômeno, evento) ou abstrata (representação, noção, conceito, teoria), ou seja, trata-se de atualizar a dimensão diacrônica dessa realidade.

Savoie refere ainda que, com vias a facilitar a operacionalização, o filósofo e sociólogo Henri Lefebvre²⁶ descreve o método chamado “regressivo-progressivo”, onde

[...] ele propôs proceder de acordo com o processo de conhecimento seguinte: partir do estudo do presente de uma situação ou de uma realidade para em seguida explorar a história (o passado) antes de retornar, num terceiro tempo, à elucidação do presente, mas desta vez armado de seu conhecimento histórico²⁷ (SAVOYE, 2003, p. 134).

Visa-se, desta forma, entender o presente através de um mergulho no seu passado.

Quando, por outro lado, a ênfase é dada ao conhecimento do passado, a S-H significa estudar as realidades não contemporâneas, circunscritas ao passado, através do aporte de métodos históricos e sociológicos.

Estas duas acepções da S-H não são excludentes - podem combinar-se numa mesma investigação.

Segundo Savoie (2003, p. 136) esta

[...] linha de pesquisa sócio-histórica que se estende ao mesmo tempo no presente e no passado deve aproximar-se da constatação feita por Pierre Nora quando sublinha que o “presente histórico” – este nova maneira de fazer a história - não se satisfazia em anexar à história tradicional uma

²⁶ Henri Lefebvre, “Perspectives de La sociologie rurale”, *Cahiers internationaux de sociologie*, XIV, 1953, retomados em *Du rural à l'urbain*, Paris, Anthropos, 1970, p. 63-78.

²⁷ No original: « [...] il propose de procéder selon le processus de connaissance suivant: partir de l'étude du présent d'une situation ou d'une réalité pour ensuite en explorer l'histoire (le passé) avant de revenir, dans une troisième temps, à l'élucidation du présent mais cette fois-ci armé de sa connaissance historique. » (Minha tradução).

temporalidade recente e superficial, [...] mas trabalhava em profundidade a maneira de fazer a história dos períodos precedentes.²⁸

A pesquisa sócio-histórica tem uma especificidade única em relação às pesquisas empíricas e à socioanálise, visto “[...] não se remeter a uma realidade viva” requerendo “competências especiais” que possibilitem combinar “o quadro conceitual da AI [...] com técnicas historiográficas e métodos da história” (SAVOYE, 2007, p. 185).

A AI organiza uma leitura inédita dos eventos ou dos fenômenos estudados, priorizando não sua descrição, mas a sua significação, o seu sentido. A tônica é colocada sobre a dinâmica social, a ação do instituinte, os tempos de inflexão e de ruptura, as fases de desenvolvimento ou de deterioração, etc.²⁹ (SAVOYE, 1988, p. 156)

Segundo Savoye (2007) a pesquisa sócio-histórica se aplica bem ao institucionalismo, pois além dos conceitos de *instituição* e *institucionalização* vistos anteriormente, dois outros conceitos, o de *gênese teórica* e de *gênese social*, necessários à análise da instituição, são essencialmente históricos.

Savoye considera que a “[...] gênese teórica permite [...] por em evidência a ideologia subjacente (ou manifesta) e seus desafios presentes historicamente [...]” enquanto “[...] gênese social (procedente da sociologia do conhecimento), permite reconstituir as condições sociais e políticas do aparecimento de uma nova prática (especialmente científica)”³⁰ (SAVOYE, 1988, p. 156-157).

²⁸ No original: « [...] démarche socio-historique se déployant à la fois dans le présent et dans le passé est à rapprocher du constat fait par Pierre Nora lorsqu’il souligne que le « présent historique » - cette nouvelle façon de faire l’histoire - « ne se contentait pas d’annexer à la histoire traditionnelle une large temporelle récent, [...] mais travaillait en profondeur la manière de faire l’histoire des périodes précédentes. » (Minha tradução).

²⁹ No original: « L’AI organise une lecture inédite de l’événement ou du phénomène étudié qui privilégie non sa description mais sa signification, son sens. L’accent est mis sur la dynamique sociale, l’action de l’instituant, les temps d’inflexion et de rupture, les phases de développement ou de dépérissement, etc. » (Minha tradução)

³⁰ No original : [...] genèse théorique permet [...] de mettre en évidence l’idéologie sou-jacente (ou manifeste) et les enjeux présents historiquement [...] genèse sociale (issu de la sociologie de la connaissance), il permet de reconstituer les conditions sociales et politiques d’apparition d’une nouvelle pratique (spécialement scientifique). (Minha tradução)

Visto de outra maneira,

[...] os conceitos de *gênese teórica* e *gênese social* [...] servem para desenredar as “condições de possibilidade” graça às quais se engendra uma práxis social, em particular dentro do domínio da história das ciências. Com efeito, qualquer práxis cognitiva tem uma gênese teórica, ou seja, uma história das “condições da ciência como ciência”, articulada a uma gênese social, ou seja, uma história de fatores sociopolíticos e institucionais que a geraram³¹ (SAVOYE, 2003, p. 141-142) [Grifos do original].

Este autor esclarece, ainda, que

Para a análise da gênese social, localiza-se, além das circunstâncias históricas, o jogo das forças que conduz ao nascimento (ou à renovação) de uma forma ou de uma prática social. Restitui-se, em certa medida, a “cena primitiva” e seus atores, determinante pelo desenvolvimento e o funcionamento ulteriores da instituição então criada. Com efeito, as instituições conservam muito tempo, pelo menos no seu inconsciente coletivo, os estigmas de sua criação³² (SAVOYE, 1988, p. 157).

Heliana Conde Rodrigues, uma das mais importantes estudiosas no Brasil da Análise Institucional Francesa, também destaca a relevância de se considerar a gênese teórica e a gênese social dos conceitos. Assim, ao apresentar o artigo “Os anos de inverno da Análise Institucional Francesa”, afirma que:

³¹ No original: [...] les concepts de genèse théorique et de genèse sociale [...] servent à démêler les « conditions de possibilité » grâce auxquelles s’engendre une praxis sociale, en particulier dans le domaine de l’histoire des sciences. En effet, toute praxis cognitive a une genèse théorique, c’est-à-dire une histoire des « conditions de la science comme science » articulée à une genèse sociale, c’est-à-dire une histoire des facteurs sociopolitiques et institutionnels qui l’ont générée. (Minha tradução)

³² No original: « Par l’analyse de la genèse sociale, on repère, au-delà des circonstances historiques, le jeu de forces qui aboutit à la naissance (ou au renouvellement) d’une forme ou d’une pratique sociale. On restitue, en quelque sorte, la « scène primitive » et ses acteurs, déterminante pour le développement et le fonctionnement ultérieurs de l’institution alors créée. En effet, les institutions conservent longtemps, au moins dans leur inconscient collectif, les stigmates de leur création. » (Minha tradução).

O presente artigo é parte de uma série de escritos dedicados à história da Análise Institucional Francesa (RODRIGUES, 2000, 2003, 2004), em que a gênese teórica de conceitos e dos dispositivos institucionalistas se vê posta em permanente interferência com sua gênese sócio-histórica (RODRIGUES, 2006, p. 30).

Assim, penso ser indispensável entender a história institucional da MGC, ou seja, suas finalidades, organização, base social, crises e rupturas (SAVOYE, 2007). Ainda, utilizando o proposto por Savoye, foi realizado um recorte da sua institucionalização, correspondentes a dois momentos históricos distintos: a) quando da constituição original que, para Savoye (2007, p. 184) seria a “[...] *institucionalização fundadora* (IF), processo pelo qual a instituição toma forma, ao mesmo tempo em que cria as condições para sua perpetuação [...]”; e b) o momento atual, em que é “[...] sede de uma dialética entre um *instituído* [...]” (a própria IF) e “[...] um *instituinte* (isto é, uma negatividade que o contesta), dialética que se resolve num processo de institucionalização.” Esta segunda fase, definida por Savoye como “*institucionalização ordinária ou permanente.*”

[...] não é da mesma natureza que a IF e não coloca radicalmente em questão os fundamentos da instituição; simplesmente a transforma, infletindo suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social (SAVOYE, 2007, p. 185).

Com tal propósito, foram analisadas as experiências em Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo e do Complexo Hospitalar Conceição e a residência em MGC de Mariana, em especial nos períodos de suas implantações, de acordo com Savoye, quando este se refere à necessidade de delimitação do objeto de estudo e da definição clara da periodização, para que se possa

[...] entrar no detalhe dos acontecimentos e das práticas históricas (do passado), isto é, proceder às reconstituições mais minuciosas e mais detalhadas possíveis; em outros termos, a uma microscopia – escala em

que a combinação AI/história se revela mais pertinente (SAVOYE, 2007, p. 187)

Tomando como referência esta premissa para analisar os processos de institucionalização da MGC, procurei compreender suas gêneses teórica e social através das interrelações entre fatores políticos, sociais e institucionais, reconstruindo assim, a história institucional deste modelo de atenção, ou seja, suas “[...] finalidades, organização, base social, crises e rupturas [...]” e seus “*métodos e técnicas* científicos ou pedagógicos [...]”(SAVOYE, 2007, p. 184) [Grifos do original].

Dessa forma, a abordagem aqui utilizada - a análise institucional, na perspectiva sócio-histórica - me parece ser adequada à compreensão desta influência e deste potencial educativo/formativo.

Mas, para a Análise Institucional, esta compreensão ainda não é suficiente, pois

[...] uma questão essencial, do ponto de vista da AI, é a do sentido para o presente de todas as pesquisas que têm o passado por objeto. Além da legitimidade que obtenha a história como disciplina instituída, o que significa um mergulho (fuga?) no passado? Não seria o lugar de questionar este passo de conhecimento, notadamente colocando em relação com a atualidade ao qual pertence aquele que o efetua?³³(SAVOYE, 1988, p. 155).

Para Savoye (1988, p. 155) esta é “[...] uma dimensão da análise de implicação, própria ao pesquisador historiador [...]”³⁴

Os conceitos de implicação e o de sobreimplicação têm grande interesse, pois, como explicitado anteriormente, o autor desta tese além de ter feito um ano de residência em

³³ No original: Une question essentielle, du point de vue de l’A.I., est celle du sens pour le présent de toute recherche qui prend le passé pour objet. Au-delà de la légitimité que procure l’histoire comme discipline instituée, que signifie une plongée (fuite?) dans le passé? N’y a-t-il pas lieu de questionner cette démarche de connaissance, notamment en la mettant en rapport avec l’actualité à laquelle appartient celui qui l’effectue? (Minha tradução)

³⁴ No original: [...] une dimension de l’analyse de l’implication, propre au chercheur historien [...]. (Minha tradução)

MGC, exerceu esta especialidade por alguns anos, encontrando-se profundamente implicado com o objeto desta tese, a Medicina Geral Comunitária.

Segundo LOURAU, o escândalo³⁵ da AI talvez seja “[...] o de propor a noção de implicação [...]” (LOURAU, 1993, p. 9), cujo conceito nasceu “[...] sob a influência da *contratransferência institucional* em psiquiatria e sob o efeito da *intervenção socioanalítica*. (LOURAU, 2004a, p. 187) [Grifos do original].

Este autor define implicação como

[...] o conjunto de relações que o intelectual rejeita, conscientemente ou não, analisar na sua prática, quer se trate de suas relações com seus objetos de estudo, com a instituição cultural, com seu círculo familiar ou outro, com o dinheiro, o poder, a sua libido e, em geral, com a sociedade da qual ele faz parte [...]³⁶ (LOURAU, 1981, p. 24).

A implicação é um nó de relações; não é “boa” (uso voluntarista) nem “má” (uso jurídico-policialesco) (LOURAU, 2004a, p. 190).

Sendo a implicação institucional designada como “[...] o conjunto das relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional.” (LOURAU, 1995, p. 273), este mesmo autor distingue cinco dimensões da implicação, de forma teórico/didática, pois na prática, elas se interpenetram:

Implicações primárias: 1) implicação do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. Implicações secundárias: 4) implicações sociais históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); 5) implicações na escritura ou qualquer meio que sirva à exposição da pesquisa (LOURAU, 2004b, p. 255-256).

³⁵ Este escândalo decorre do fato de que, para este autor, “[...] quase todas as ciências estão baseadas na noção de não implicação ou desimplicação. As “teorias da objetividade” se baseiam na “teoria” da neutralidade.” (LOURAU, 1993, p. 9)

³⁶ No original: [...] l'ensemble de relations que l'intellectuel rejette, consciemment ou non, analyser en sa pratique, soit s'agisse de leurs relations avec leurs objets d'étude, avec l'institution culturelle, avec son cercle familial ou autre, avec l'argent, le pouvoir, sa libido et, en général, avec la société de laquelle il fait partie [...]. (Minha tradução)

Simplificando, Monceau (2008, p. 22) afirma que, em situações de intervenção, “[...] nossas implicações primárias são nossas implicações dentro da própria situação de intervenção e as implicações secundárias são nossas implicações do campo de análise.”

Ainda em relação à implicação, Barbier (1985) distingue três dimensões que dizem respeito às formas básicas de atuação das pessoas em relação à vida privada, à vida pública e à vida profissional. Estas dimensões são: 1ª. Afetivo-libidinal: dimensão do desejo, dos afetos; 2ª. Histórico-existencial: articulada a anterior, porém marcada pelos nossos valores, hábitos e nossa visão de mundo; 3ª. Estruturo-profissional: forma como estruturamos nossa vida profissional nos aspectos econômicos, científicos e políticos.

Tais dimensões são da maior relevância para a compreensão das formas como e quanto os sujeitos se implicam em processos de pesquisa e/ou intervenção.

Assim, do ponto de vista prático,

[...] a implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atuais nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento” (BARBIER, 1985, p. 120).

Savoie refere ainda a existência de “[...] outras manifestações mais sutis da implicação que enviesam a “objetividade” do historiador [pesquisador] como os mecanismos de projeção e de identificação que presidem a escolha do objeto (o período, os eventos, os atores, etc) e ao seu tratamento”³⁷(SAVOYE, 1988, p. 158).

Segundo Monceau (2008, p. 21) o conceito de implicação foi trabalhado por Lourau e Lapassade

³⁷ No original: « [...] d’autres manifestations, plus subtiles, de l’implication qui biaisent l’ ‘objectivité’ de l’historien comme les mécanismes de projection et d’identification qui président au choix de l’objet (la période, les événements, les acteurs, etc.) et à son traitement.» (Minha tradução).

[...] em discussão, e também em oposição, com o conceito de transferência e contra-transferência da psicanálise. Consideravam que a separação entre transferência e contra-transferência não tinha nenhum sentido, pois os analistas, como os analisandos, têm a mesma natureza. O que os distingue é a posição do dispositivo de análise e em particular a relação de saber e a relação de poder. Foi provocando uma análise de implicação que a Análise Institucional tentou fazer uma análise da instituição. [...] O que entendo por implicação é a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. Eu não tenho a possibilidade de decidir que não estou implicado na instituição [...], mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que eu queira tomar uma distância, eu sou tomado por essa instituição. [...] Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento.

Como Lourau afirmou em vários textos, não basta explicitar as implicações, é preciso também colocá-las em análise. Esta é, sem dúvida, uma das maiores dificuldades que se apresentam para aqueles que trabalham na perspectiva da Análise Institucional.

Em sua tese de doutorado, ao analisar uma proposta inovadora no atendimento à Saúde Bucal na rede básica de Campinas, Pezzato (2009) utilizou-se, com sucesso da técnica do Diário para analisar as implicações dos diferentes sujeitos que participaram do trabalho, incluindo a própria autora.

Segundo Lourau (1993, p. 36-37) “[...] a análise da implicação é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento [...]. O importante é a análise se tornar o mais pública e coletiva possível.”

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais ... – mas a análise dessa implicação [... que] deve ser analisada individualmente e coletivamente, o que supõe atividade intensa e, muitas vezes, penosa,³⁸ [...] pois] a implicação se encontra camuflada pela sobreimplicação, mantida à

³⁸ Sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações; ou melhor, a análise dos "lugares" que ocupamos, ativamente, neste mundo (LORAU, 1993, p. 14).

sombra da última (LOURAU, 2004a, p. 190-191) [Reticências do original].

Conforme afirma Savoye (2003, p. 147) “[...] a análise da implicação supõe interrogar igualmente as condições sociais, políticas e institucionais que geram uma pesquisa, as modalidades concretas segundo as quais se efetua, assim como o alcance científico e prático de seus resultados.”³⁹

Em relação à Análise Institucional Sócio-Histórica, a análise da implicação tem especial importância, pois se “[...] reconhece há muito tempo que qualquer investigação histórica é trabalhada – alguns diriam enviesada - por implicações vivas veiculadas por seu autor e que são, geralmente, de natureza política e ideológica [...]” em função do “[...] enraizamento social e pessoal das questões históricas”⁴⁰ (SAVOYE, 2003, p. 148).

Exemplificando, Savoye (1988, p. 158) refere que o pesquisador J. Godechot, (*Un jury pour la Revolution*, 1974), comparando as obras de quatro historiadores, “[...] colocou em evidência o quanto a história da Revolução pode ser enviesada (orientada) em função do pertencimento político de seu autor.”⁴¹

Por outro lado, a análise da implicação em relação à AI S-H se reveste também de grande importância metodológica, pois “[...] possui dificuldades operatórias diferentes daquelas que se colocam na situação de intervenção socioanalítica. Levá-la a efeito necessita, por conseguinte, de reexaminar os métodos que existem, pensar em novos, relevantes para uma situação de pesquisa inédita.”⁴²

Lourau (2004) apresenta o conceito de sobreimplicação como derivado do conceito de implicação. Ao contrário desta, que aborda um conjunto de relações entre o pesquisador

³⁹ No original: L’analyse de l’implication suppose donc d’interroger aussi bien les conditons sociales, politiques et institutionnelles qui génèrent une recherche que les modalités concrètes selo lesqueles elle s’effetue, ainsi que la portéescientifique et pratique de ses résultats. (Minha tradução).

⁴⁰ No original: Il est reconnu depuis longtemps que toute recherche historique est travaillée – certains diraient biaisée – par des implications vives véhicullés par sont auteur et qui sont le plus souvant de nature politique et ideologique. [...] enracinement social et personnel des questions historique. (Minha tradução).

⁴¹ No original: [...] il a mis en évidence combien l’histoire de la Révolution pouvait être biaisée (orientée) en fonction de l’appartenance politique se son auteur. (Minha tradução).

⁴² No original: [...] pose des difficultés opératoires différentes de celles qui se posent em situation d’intervention socioanalytique. La mener à bien nécessite donc de réexaminer les procédés existant,d’en penser de nouveaux, pertinents pour une situation de recherche inédite. (Minha tradução).

e sua pesquisa, a sobreimplicação se refere a apenas um único nível de análise ou a um só objeto, impossibilitando a análise de outras dimensões (RODRIGUES *et all*, 2005)

No texto *Implicação/Sobreimplicação*, Lourau compara a sobreimplicação com o sobretrabalho e até o exemplifica através do *Karochi* – que é a morte no trabalho -, que tem ocorrido em empresas japonesas. O trabalhador investe de tal forma nas funções que exerce numa empresa, que o trabalho “recobre”, por assim dizer, todas as dimensões da sua vida – seu corpo e sua alma. Ou seja, esta identificação com o trabalho é de tal magnitude que o profissional perde totalmente a noção de seus próprios limites de resistência física e mental e morre no trabalho.

Isto porque a sobreimplicação pode ser entendida como

[...] certa deriva do conceito de implicação relacionada organicamente à cooptação e exploração da própria subjetividade, além de constituir-se na ideologia normativa do sobretrabalho, do ativismo, que guarda como um de seus efeitos a dificuldade de processamento analítico (MANCEBO, 2007, p. 79).

De forma menos trágica, Monceau (2008, p. 23), partindo do referencial de Lourau e Lapassade, diz que o “[...] conceito de sobreimplicação, que permite uma melhor compreensão do conceito de implicação, poderia ser definido como uma impossibilidade de analisar a implicação.” Isto pode ocorrer, segundo Lourau (2004a, p. 191)

[...] quando isolamos um dos campos de análise, psicologizando-o, por exemplo. [...] Desse modo, pode-se chegar a negar a existência de um ou outro campo; por exemplo, o libidinal, o da relação com o objeto, ou mesmo aquele, igualmente obscuro e determinante, da relação com a escritura.

Exemplificando, segundo Pezzato (2009, p. 69), “[...] é muito comum quando um pesquisador que possui um vínculo muito forte com a instituição na qual a pesquisa irá se

realizar, influenciar-se no momento de análise e essa sobreimplicação impedi-lo de ver algumas coisas.”

A explicitação das implicações, tanto no sentido psicológico (implicação afetivo e libidinal) quanto no lógico e político (implicações institucionais, reconhecimentos dos status, das posições de onde se fala, dos interesses de classe, das transversalidades, das opções ideológicas e dos pertencimentos, etc.) devolverá aos comportamentos individuais e coletivos significações e dimensões cuidadosamente ignoradas pelas formas de análise de tipo psicológico e organizacional (ARDOINO e LOURAU, 2003, p. 24)

Dessa maneira, considerando a impossibilidade da não implicação do pesquisador com sua pesquisa e o “perigo” de processos sobreimplicados é preciso estar atento para as motivações pessoais e profissionais para o desenvolvimento desta pesquisa, pois

[...] no institucionalismo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobredeterminada. [...] Ao mesmo tempo, um processo político, econômico, social etnológico, etc., heterogêneo e que deve ser examinado em todas as suas dimensões (BAREMBLITT, 1992, p. 153).

A Análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação com uma pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa. Condições inclusive materiais, onde o dinheiro tem uma participação tão "econômica" quanto "libidinal" (LOURAU, 1993, p. 16).

Por outro lado, o conceito de implicação também está presente na análise de textos conforme Lourau demonstrou ao analisar os escritos de Malinowski, incluindo seu Diário, pois,

A implicação é concebida em ligação com o *implícito* do texto, o que não designa necessariamente o inconsciente ou o escondido, mas, sobretudo, [...] os níveis ou modos de escritura recomendada, autorizados ou proibidos pela instituição. O implícito é, por exemplo, o intertexto ronronante das relações da pesquisa sociológica sob contrato, esse jargão, essa citação infinita, esse sistema de referência fechado como uma ostra; em suma, um certo tom, uma certa maneira de dar o nó na gravata da escritura, uma musiquinha sem palavras ... Analisar tal intertexto já é compreender o implícito das relações, com a encomenda social, com a instituição ... (LOURAU, 2004b, p. 252) [Grifo e reticências do original].

Dessa forma, pretendo também sempre que possível, analisar a implicação nos textos utilizados nesta pesquisa, incluindo as narrativas resultantes das entrevistas.

Para a realização da análise desta investigação, outro conceito fundamental é o de analisador que, de acordo com L'Abbate (2007) “[...] é um conceito polissêmico, porque originado da experiência de várias disciplinas, desde a química até a Psicanálise”⁴³, criado por Félix Guattari, para quem: “[...] o papel do analisador parece consistir em trazer à luz certas situações e levar o conjunto do grupo a não poder safar-se demasiado facilmente de sua verdade.”⁴⁴

Lourau chamava de analisador “[...] acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores, produtos de uma situação que agem sobre ela” (LOURAU, 2004, p. 132), ou seja, “[...] àquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1995, p. 284) [Grifos do original].

Os analisadores são o “motor” da análise, pois permitem fazer a análise ao revelarem dimensões que permaneciam encobertas. São altamente provocadores, porque obrigam a sociedade (ou certos setores importantes) a falar, a mostrar faces que permaneciam à sombra. Ao serem identificados, os analisadores revelam, sobretudo, as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações e também seu modo de funcionar, ou seja, “[...] **analisador** é qualquer acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização, ou até numa sociedade” (L'ABBATE, 2007, p. 1) [grifo do original].

⁴³ Lapassade, G. El analizador y el analista. Barcelona Gedisa, 1979.

⁴⁴ Guattari, F., *apud* Lapassade, G. El analizador y el analista. Barcelona Gedisa, 1979.

Entre estes aspectos, Luz (2004, p. 22) refere que os analisadores trazem à tona

[...] as bases inconscientes do poder institucional como “poder negado”, poder não reconhecido [...] visando esclarecer as relações de dominação/hegemonia que se estabelecem **NO INTERIOR** das instituições, seja entre os diversos *agentes* na instituição seja entre os desta e os de outras instituições, ou ainda com grupos e organizações existentes na sociedade civil ou no Estado [grifos do original].

Nesta perspectiva, L’Abbate, (2004, p. 82) afirma que

o conceito de analisador e sua aplicação constituem uma verdadeira inversão epistemológica, pois produzem uma união entre a análise a o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas.

Outro conceito de grande importância na Análise Institucional é o de transversalidade definido por Guattari (1987, p. 88-105), que Lourau incorporou como um dos princípios básicos da Análise Institucional, ao “[...] definir a instituição como um “cruzamento de instâncias” (econômica, política e ideológica) e afirmar [...] que toda instituição é *atravessada* por todos os “níveis” de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela *transversalidade*” (LOURAU, 2004c, p. 76) [Grifos do original].

Sendo assim, a transversalidade é

O fundamento da ação *instituinte* dos grupamentos, na medida em que toda ação coletiva exige uma perspectiva dialética da autonomia do grupo e dos limites objetivos dessa autonomia. A transversalidade reside no saber e no não-saber do grupamento a respeito de sua polissegmentaridade. É a condição indispensável para passar do grupo-objeto ao grupo-sujeito (LOURAU, 1995, p. 270) [Grifos do original].

Lourau (1995, p. 190) refere que a transversalidade “[...] se define por oposição à ‘verticalidade’ (estrutura piramidal do organograma) e à ‘horizontalidade’ (sociograma de relações mais ou menos informais, mais ou menos institucionalizadas nos diversos degraus da pirâmide)” e citando Guattari, a “[...] transversalidade vence estes dois impasses (o da verticalidade ‘oficial’ e o da horizontalidade ‘informal’), tende a se realizar quando se efetua uma combinação máxima entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos”.

A explicitação destes conceitos desenvolvidos por diversos autores institucionalistas pretende possibilitar “pistas” e “ferramentas” para a análise da trajetória da Medicina Geral Comunitária, considerando, sobretudo, as três experiências pesquisadas. A meu ver, são estes conceitos que darão mais sentido e significado permitindo a análise institucional sócio-histórica da MGC.

2.2 Procedimentos da pesquisa de campo e da análise das informações

Dado o objeto desta investigação, optou-se pela metodologia da pesquisa qualitativa considerada a mais adequada para a coleta e análise das informações.

A pesquisa qualitativa apresenta “[...] uma ampla diversidade de vertentes e filiações oriundas da sociologia, antropologia, psicologia, história, dentre outras” (DESLANDES e GOMES, 2004, p. 103). Neste trabalho utiliza-se o conceito de Minayo, pois parte do campo das ciências sociais e encontra-se adequado ao estudo de instituições e de movimentos sociais, na medida em que

[...] visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2007, p. 23).

Ainda, em Minayo (2001) segundo Deslandes e Gomes (2004, p. 104),

Tomando as Ciências Humanas como base da pesquisa qualitativa, podemos afirmar que seu objeto reflete: uma historicidade (sociedades humanas vivem o presente, estão marcadas pelo passado e projetadas para o futuro); uma consciência histórica (seres humanos e grupos sociais atribuem significado e intencionalidade a suas ações); uma identidade entre sujeito e objeto (investigador e investigados, embora com referências diferentes partilham da cultura humana) e um caráter ideológico (nele se refletem interesses e visões de mundo).

No caso do presente estudo, a investigação baseou-se em revisão bibliográfica sobre a temática da medicina comunitária e na realização de entrevistas semi-estruturadas com personagens com atuação relevante em algumas experiências de Medicina Comunitária no Brasil, como será colocado adiante. Para análise das informações foi utilizada, para as entrevistas, a análise temática e em relação aos processos de implantação das experiências, basicamente o referencial teórico da análise institucional na perspectiva sócio-histórica.

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura nacional pertinente visando apreender e compreender os fundamentos teóricos necessários para subsidiar a análise. Neste sentido, foi realizado um levantamento documental referente à estruturação da MGC em suas várias denominações (medicina comunitária, medicina integral, medicina de família), no período de 1974 a 2001, buscando um aprofundamento da análise referente aos determinantes institucionais, políticos e ideológicos, bem como de seus desdobramentos empíricos.

Realizou-se também uma análise sistemática de todos os números das revistas Saúde em Debate, de 1976 a 2004, por ser esta uma publicação bastante relevante sobre o histórico das diversas conjunturas das políticas públicas de saúde das três últimas décadas do século XX e do início do século XXI.

Na revisão da literatura, foi possível perceber que houve, a partir da década de 70, em alguns municípios brasileiros diversos tipos de experiências de medicina comunitária com suas diferentes denominações. Evidentemente, seria impossível analisar este conjunto

de projetos, não só pela sua quantidade e variedade, como também pelo fato da ausência quase total de documentos e registros que permitissem o resgate da história de cada um.

Tendo em vista este fato, decidiu-se pela escolha de algumas experiências que fossem significativas para a compreensão do modelo da medicina comunitária: duas, que mesmo com grandes transformações continuam a existir até o momento - os projetos de Murialdo e do Hospital Conceição, ambos em Porto Alegre/RS e outra que teve a duração de apenas alguns anos - o Programa de Medicina Geral Comunitária de Mariana/MG. Ainda em relação à seleção desses casos, houve as seguintes motivações:

Em relação ao Centro de Saúde-Escola Murialdo/RS, o fato de ser pioneiro e ainda estar em funcionamento; quanto ao Grupo Hospitalar Conceição/RS: por “derivar” do Murialdo e também por encontrar-se em franca expansão. Acrescenta-se a estas motivações o fato de

[...] que os programas situados no Estado do Rio Grande do Sul foram responsáveis por 74,7% do total de especialistas formados até 1982. [...] Assim como o RS se caracteriza como o local de formação da maioria dos MGCs, também se constitui no seu maior campo de trabalho [...] (BORDIN e SILVA, 1989, p. 35).

Em relação ao Programa de Mariana, por fazer parte da vivência deste autor e não possuir registro escrito de sua história. Também esse Programa mostrou ter uma motivação para sua implantação completamente diferente em relação à do Murialdo e do Conceição.

A partir da análise de documentos relacionados às três experiências, foi possível analisar os processos de implantação e implementação destas experiências, tendo em vista as áreas de formação e atenção direta à saúde da população nos diferentes cenários político-sociais nos quais se inseriam.

No sentido de complementar e dar ‘mais vida’ à análise das experiências, foram contatados alguns personagens que participaram das três experiências e que se dispuseram a dar seus depoimentos através de entrevistas ao autor da tese, sendo que tal escolha, levou em consideração suas “posições institucionais, portanto públicas” (L’ABBATE, 2009, p. 32). Alguns foram selecionados pelo próprio pesquisador e outros foram indicados por

entrevistados, que os consideraram relevantes na complementação da história do programa por eles relatada. Desta maneira, foram resgatadas não apenas a história dos programas em questão, mas “a opinião e a interpretação” da mesma, bem como, “[...] aspectos importantes da vida do seu grupo social mais próximo, do segmento e classe a que pertence e, no caso desse trabalho, da entidade onde desenvolveu suas atividades, e à qual dedicou, muitas vezes, grande parte da sua vida. Ao mesmo tempo estará revelando sua forma particular de perceber todos esses processos e de atuar em relação a eles” (L’ABBATE, 2009, p. 33).

Ressalte-se que segundo Haguette (2007, p. 86) a entrevista é “[...] um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Considerando os limites de qualquer técnica, a da entrevista incluída, e seguindo as orientações dessa mesma autora, procurou-se entrevistar, dentro de cada caso, mais de uma pessoa, com o intuito de dar consistência e validar as informações colhidas.

Inicialmente, foi encaminhada por email, uma questionário semi-estruturada (ANEXO F) a duas ex-residentes de Mariana, com o intuito de constituir um “piloto”. Após meses e vários emails solicitando resposta, apenas uma respondeu e com a opinião de que achou o roteiro cansativo, daí a demora na resposta.

Assim, optou-se por entrevistas semi-estruturadas (ANEXOS A-B) orais. Foram realizadas entrevistas com sujeitos relevantes dentro do processo de implantação/implementação (gestores, (ex-) coordenadores de programa, (ex-) preceptores de programas, ex-residentes), buscando compreender suas inserções e motivações neste processo. Foi utilizado um roteiro semi-aberto, contendo as questões pertinentes assim como realizar uma investigação de campo de caráter eminentemente qualitativo (MINAYO, 2007).

Os relatos orais utilizados para a obtenção de informações ainda não disponíveis na literatura sobre o tema foram transformados em dados relevantes sobre o conhecimento das trajetórias dos programas em questão. Para tanto, foram obedecidas algumas condições necessárias, segundo L’Abbate (2009, p. 30), entre as quais a anuência dos entrevistados em ter suas memórias e opiniões gravadas e publicizadas nesta tese, a seleção de pessoas relevantes e com representatividade na história dos referidos programas e o respeito incondicional ao relato destes informantes, não referenciando apenas o que o

entrevistador/pesquisador “desejava” ouvir, mas, e talvez sobretudo, o que não “esperava” ouvir. Os relatos dos entrevistados, sempre que possível, foram complementados ou confrontados com a documentação acessada.

Inicialmente solicitou-se aos entrevistados relatarem sua participação no programa em questão e a partir de então foram feitas perguntas para esclarecer ou abordar um tema não presente na primeira parte da entrevista. Assim, além do relato referente à sua inserção profissional, as entrevistas são atravessadas por histórias pessoais que permitiram a ampliação da análise da implicação dos entrevistados.

Do Centro de Saúde Escola Murialdo em Porto Alegre/RS foram entrevistadas cinco pessoas, do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre/RS, duas e do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG, três pessoas.

Através destas entrevistas (ver o Quadro 1 abaixo) pôde-se aumentar a aproximação sobre as motivações, os objetivos explícitos (e não explícitos), a percepção dos entrevistados sobre as relações institucionais (políticas, sociais, conjunturais), os conflitos internos e externos ao programa/projeto em questão, “[...] numa observação que, distanciada no tempo, teve menos o objetivo de reconstituir fatos, e mais o de obter avaliações e análises que não ficaram registradas” (ANDRADE, 1995, p. 7).

QUADRO 1 - Características dos entrevistados

Entrevistado	Programa	Característica do entrevistado	Local da realização
B	Murialdo	Fundador, ex-professor, ex-gestor	Consultório particular em Porto Alegre/RS
F	Murialdo	Ex-residente, ex-professor, ex-gestor. Ex-presidente da SBMGC e da SBMFC	Hotel em Uberaba/MG
M	Murialdo	Ex-residente, atualmente professora e gestora	Sede do Murialdo em Porto Alegre/RS
K	Murialdo	Ex-residente, atual professora	
S	Murialdo	Ex-residente, atual professora	
N	Conceição	Ex-residente (do Murialdo), ex-professor, atual gestor	Unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Conceição em Porto Alegre/RS
W	Conceição	Ex-residente e atual professora	Secretaria de Estado da Saúde em Belo Horizonte/MG
ML	Mariana	Ex-residente da primeira turma e ex-professora	Residência em Belo Horizonte/MG
T	Mariana	Ex-professor	Via email
NM	Mariana	Ex-residente	

As entrevistas foram previamente agendadas por telefone ou correio eletrônico, nos locais e horários de disponibilidade dos entrevistados.

Em Porto Alegre, além das entrevistas, foi realizada uma visita a unidades de atendimento dos programas de residência do Murialdo e do Conceição.

As entrevistas transcritas e a versão da tese para a defesa foram encaminhadas por email aos entrevistados, respectivamente, dois meses e um mês antes da defesa, com a solicitação de parecer sobre as mesmas.

2.3 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Foi realizada uma análise temática das entrevistas na intenção de localizar núcleos de sentido “[...] cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. [...] a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (MINAYO, 2007, p. 316) [Grifos do original].

Considerando as etapas operacionais descritas por Minayo (2007), a saber: 1ª etapa - Pré-análise: apesar de sua escassez, em especial em relação ao programa de Mariana, os documentos selecionados para consulta foram aqueles preferencialmente produzidos no período de implantação dos referidos programas, visando apreender a base de constituição dos mesmos.

A escolha dos entrevistados e a realização das entrevistas procuraram contemplar a constituição do *Corpus* procurando responder às normas de validade qualitativa – exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A partir das entrevistas, foram construídas narrativas sobre a história institucional dos programas de MGC, pois, estas narrativas, segundo Peter Burke, citado por Onocko (2007), são mediações entre a estrutura e o acontecimento, que possibilitam

[...] lidar não só com a seqüência dos acontecimentos e as intenções conscientes dos atores, como também com as estruturas – que ele traduz como instituições, modos de pensar – e argumentar se elas atuam como freio ou acelerador dos acontecimentos (ONOCKO, 2007, p. 9).

As entrevistas e as narrativas foram organizadas em tópicos – “redução do texto às palavras e expressões significativas” (MINAYO, 2007, p. 317) – no intuito de facilitar a análise e discussão dos dados.

2.4 Aspectos éticos da pesquisa

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e gravadas em áudio e vídeo sob a anuência expressa dos entrevistados através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) sendo que todos os entrevistados permitiram a divulgação de seu teor e autoria.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) sob o número 132/2009.

**III - ANÁLISE INSTITUCIONAL SÓCIO-
HISTÓRICA DAS EXPERIÊNCIAS
INVESTIGADAS**

As instituições formam a trama social que une e atravessa os indivíduos, os quais, por meio de sua práxis, mantêm ditas instituições e criam outras novas (instituintes).

(LOURAU, 2004c. p. 68)

3.1 A experiência em MGC do “Murialdo”

O Instituto Leonardo Murialdo - Associação Protetora da Infância, entidade pertencente à Congregação Josefina de Murialdo (Turim, Itália, 1873) estabeleceu-se na comunidade Morro da Cruz, Vila São José, periferia do bairro Partenon em Porto Alegre/RS em 19 de março de 1954, desenvolvendo ações nas áreas educativa, social e cultural. Em função da dificuldade de acesso da comunidade à saúde, essa Associação construiu um ambulatório numa área de 800 m² e contratou médicos, enfermeiras e atendentes de enfermagem. O êxito dessa experiência resultou no convênio, firmado em 21.11.1957, com a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado de Rio Grande do Sul - SES/RS, que à época, detinha toda a rede ambulatorial de saúde de Porto Alegre. Em um novo convênio firmado em abril de 1963, nasce o Centro Médico Social São José do Murialdo – CMSM, posteriormente denominado Unidade Sanitária Murialdo – USM e atualmente Centro de Saúde-Escola Murialdo – CSEM (BUSNELLO *et all*, 1974; SANTOS, 2008; SILVA, 2002)

Em março de 1964, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) integrou-se a este convênio, comprometendo-se a assumir a chefia do CMSM, disponibilizar seu corpo docente e administrativo (SILVA, 2002) visando à utilização do CMSM para abrigar um programa de estágio para alunos da Faculdade de Medicina, denominado pelo seu coordenador à época, Dr. Nelson Macedo de Resende, de Estágio de Medicina Integral.

De acordo com Busnello, um dos objetivos deste estágio era o de

Levar alunos do Curso de Graduação em Medicina a conhecerem a comunidade real, em um local que compreendia diversos conglomerados habitacionais, onde se localizavam os domicílios dos usuários dos serviços de saúde e de suas famílias, cujo nível sócio-econômico se estendia de classe média até os de pobreza extrema, era, do ponto de vista pedagógico como de exposição de alunos à realidade médico-social, algo inédito por seu caráter Formativo, e tinha por objetivo possibilitar Mudanças de Atitudes nos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFRGS (BUSNELLO, 2008, p. 2).

Diferentemente do exposto acima, Loureiro (1976) refere que em “[...] geral não fica bem claro o que se pretende com esta exposição de acadêmicos de medicina [...]: esta exposição visa imunizá-los contra a miséria e a pobreza? Ou visa sensibilizá-los, torná-los reagentes, [...]? Ou até provocar um choque anafilático? (LOUREIRO, 1976, p. 38).

Nos anos seguintes, a Universidade e a unidade de Murialdo aprofundam seus vínculos,

[...] surgindo então novos protagonistas [Carlos Grossman, Isaac Levin, Sérgio Ruschell, Bruno Russomano de Mendonça Lima, José Manoel Bertolote] que terão enorme influência no desenvolvimento dos futuros programas de formação profissional. Entre eles se sobressai a figura emblemática de Elis Busnello.[...] Deles se pode dizer ainda que representavam lideranças médicas que se destacavam pela qualificação técnica, mostrando-se ainda como empreendedores preocupados com mudanças na atenção à saúde e no ensino (GOULART, 2002, p. 297).

Elis D’Arrigo Busnello, médico psiquiatra e professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, chega ao Murialdo “[...] em 1966, com a idéia de integrar, ao que lá se fazia em termos de Saúde Pública, o componente Saúde Mental [...]” em função de seu “[...] interesse em Psiquiatria Comunitária e Social [...]” desenvolvendo “[...] atividades de Saúde Mental integradas às de Saúde Pública [...]” (BUSNELLO, 2008, p. 2)

Murialdo tinha que atrair os médicos mais colocados ao pensamento da obrigação social da Medicina, e eu era um deles [...] E a equipe de saúde era especialíssima, sanitaristas – me criticavam porque eu era psiquiatra em especialidade, não tinha feito saúde pública. Por isso que eu fui para a Johns Hopkins fazer. (B)

Aceita, então, convite da OPAS para fazer mestrado na *School of Hygiene and Public Health da Johns Hopkins University*, na área de concentração em Saúde Mental, realizando

[...] uma Viagem de Treinamento a seis Centros de Saúde Mental Comunitária em algumas das mais prestigiosas escolas da Medicina dos Estados Unidos (Yale, Harvard e Albert Einstein) e a alguns dos melhores Centros Comunitários de Saúde Mental, urbanos e rurais, em Estados com características culturais diversas (BUSNELLO, 2008, p. 3).

Retornando a Porto Alegre em novembro de 1972, Busnello é convidado pelo então Secretário de Estado da Saúde, Jair de Oliveira Soares, para dirigir o CMSM com o intuito de realizar “[...] nele experiências inovadoras, como obra marcante do Governo do Estado do Rio Grande do Sul na contribuição do desenvolvimento do setor da saúde no Estado e no País.” (BUSNELLO, 2008, p. 3). À época, Synval Guazzelli era governador do Estado tendo sido substituído por Jair de Oliveira Soares, assumindo a Secretaria de Estado da Saúde, Germano Mostardeiro Bonow. Segundo Busnello (2008, p. 3) “[...] estes nomes tiveram ousadia igual ou superior à nossa para oferecer o necessário e contínuo apoio político às referidas experiências.”

A proposta de visita domiciliar, inovadora, gerava “[...] resistências e conflitos, caracterizando a dissociação entre o serviço prestado e o ensino das escolas de ciências da saúde” (SILVA, 2002, p. 110).

Em função desta dissociação, de 1972 a abril de 1974, a equipe técnica do CMSM, com a cooperação de outros médicos com formação especializada no exterior, preocupados com o ensino médico, desenvolve o Projeto de Saúde Comunitária, como uma alternativa assistencial em saúde. Unia o grupo também o projeto de desenvolver formação pós-

graduada em serviços de saúde, sob o molde de uma residência médica, uma modalidade de ensino pouco desenvolvida no país naquela ocasião, particularmente no campo específico da Medicina Geral ou da Medicina Interna. Como pano de fundo, a discussão internacional sobre a formação médica especializada versus a formação generalista, com grande repercussão também no Brasil, quando apareceram no horizonte os termos medicina de família e medicina geral comunitária (PAIM, 1986; SILVA, 2002; BUSNELLO, 2008).

Em 1975, o Instituto Leonardo Murialdo cede salas no prédio da Escola Padre Cornélio Tedesco para a montagem de uma unidade de saúde e remunera os profissionais ali lotados (SANTOS, 2008).

Este Projeto de Saúde Comunitária (ANEXO L) possuía 11 objetivos básicos, tendo como objetivo geral “[...] elevar os níveis de Saúde da população da área geográfica de abrangência do Centro, com o atendimento Integral (preventivo, curativo e reabilitador), Continuado, Personalizado e Participativo” (BUSNELLO, 2008, p. 4). Para a consecução desses objetivos a área geográfica de abrangência foi dividida em cinco “[...] setores geográficos, mas com alguma afinidade sociocultural maior -, sempre vendo os indivíduos dentro de seu contexto familiar e social [...]” (BUSNELLO, 2008, p. 5), que eram atendidos por cinco equipes multiprofissionais. A unidade central funcionava nos horários noturnos e nos fins de semana, através de rodízio das equipes.

A partir desse “Sistema de Saúde Comunitária” e considerando a necessidade de formação de recursos humanos adequados a esse Sistema, em 1976 iniciou-se a residência médica e concomitantemente, “[...] corria em paralelo um Curso de Especialização multiprofissional [...]” (BUSNELLO, 2008, p. 6), que aceitava qualquer outro profissional de nível superior, tendo passado por lá enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, veterinários, administradores de empresas. Este curso tinha praticamente a mesma grade curricular da residência e se iniciou com 12 vagas para médicos e 12 para não médicos. (BUSNELLO, 2008; SILVA, 2002)

Segundo Busnello (2008, p. 7) neste período, esse

[...] modelo de Sistema de Saúde Comunitária recebeu os membros da comunidade para ouvi-los e treiná-los como Trabalhadores da Saúde, na condição de Voluntários, [...] escolhidos pelos grupos populacionais da

comunidade dentre as pessoas por ela conhecidas e respeitadas e que se dispunham a dar parte do seu tempo de lazer ou de descanso para o desempenho de tarefas de saúde, fossem elas no campo físico, psicológico ou social.

Conforme dito anteriormente, nesta época, 1976, os centros de saúde eram ligados à Secretaria de Estado da Saúde. Ocorre, porém, que o pagamento das bolsas dos residentes, nos primeiros quatro anos, foi efetuado pela Cooperativa Tritícola de Ijuí (COTRIJUÍ) e pelo Serviço Social da Indústria (SESI), sendo dois anos cada uma, através de negociação efetuada por Carlos Grossman e por Ellis Busnello, respectivamente (BUSNELLO, 2008; SILVA, 2002). Somente após esses quatro anos houve interesse do Ministério da Saúde e da Educação pela residência.

Em 1978 é criada a residência multiprofissional.

A partir do ano de 1983 a residência em Saúde Comunitária se adéqua à Resolução nº 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), passando a se chamar Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária (MGC).

Em 1995, a CNRM credencia o terceiro ano para a Residência e com isso se implementa o estágio de médicos residentes em municípios do interior do estado do RS e se amplia o horário de funcionamento da unidade central do Murialdo, reativando-se o ambulatório noturno.

Em maio de 1996 o convênio entre o Instituto e a SES/RS é extinto, transferindo-se a Unidade Sanitária Murialdo para um prédio próprio (SANTOS, 2008).

No ano de 2000, a SES/RS vincula a USM à Escola de Saúde Pública (ESP) com o nome de Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), que permanece até hoje, voltado à pós-graduação em Saúde Coletiva (SILVA, 2002) Segundo este autor, até este ano, o Murialdo havia formado “[...] cerca de 300 médicos gerais comunitários e 50 profissionais de saúde na área de enfermagem, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social” (SILVA, 2002, p. 111-112).

Em fevereiro de 2009, ocorre a municipalização do CSEM, ficando a parte de formação ligada à ESP e a de assistência ligada à Prefeitura de Porto Alegre/RS.

O apoio institucional

Segundo Busnello (2008) a SES/RS ofereceu apoio político em caráter contínuo à implantação das experiências inovadoras no Murialdo, através do então secretário e depois governador do Estado, Jair Soares.

Este apoio foi indispensável à permanência de B. na coordenação do Murialdo, pois dentro da própria SES existiam críticas ao seu projeto. (F).

O pagamento das bolsas dos residentes nos quatro primeiros anos foi efetuado por instituições privadas, a COTRIJUÍ e o SESI, “*Dois entidades absolutamente democráticas, funcionantes, debaixo de um governo ditatorial, não tão ditatorial, já na abertura.*” (B).

Os conflitos

O grupo inicial do projeto Murialdo, recebia críticas de grande número e diversidade de pessoas e instituições.

Conflito maior que tinha era o Busnello, o Murialdo, o grupo dele com o resto do mundo. O pessoal de fora do Murialdo criticava imensamente, muitas coisas do Murialdo. Muitos por não entender a questão da APS e outros por questões corporativas (F).

Destacam-se a Igreja por ser contra a utilização de métodos anticoncepcionais, prescritos pelo Projeto de Saúde Comunitária; o Conselho Regional de Medicina, em

função da “residência” multiprofissional; os sanitaristas, “*dentro da própria secretaria de estado da saúde, achavam que era loucura*” (F).

Após a saída de Busnello, a coordenação, salvo no período de 1987-1991, foi exercida por pessoas com pouco conhecimento da proposta inicial do Murialdo, o que levou a um progressivo esvaziamento conceitual do programa.

Com o processo de municipalização da atenção básica em saúde, inicia-se um conflito entre a SES e a Prefeitura Municipal, visto ser o Projeto de Saúde Comunitária do Murialdo o único serviço de atenção básica em saúde ainda ligado à SES/RS. O recurso para a manutenção das unidades foi municipalizado e o Estado não possuía recursos para este fim. Ocorreu um movimento por parte dos residentes e funcionários do Murialdo com vias à municipalização, com a expectativa

[...] de que com a municipalização a Prefeitura assumisse as necessidades das UBS e a gente continuaria fazendo as mesmas coisas vinculadas às mesmas unidades básicas de saúde, mantê-las funcionando numa condição melhor do que ela estava e que a gente ia conseguir fazer melhor as nossas tarefas, porque tinha dia que não tinha nem médico para atender, coisas assim. A expectativa era que a gente conseguisse (M).

Com a municipalização se efetiva uma separação entre a assistência - a cargo do Município - e o ensino, com o Estado. Esta dicotomização frustrou a expectativa anterior de um ensino integrado à prática, o que ocasionou a saída de vários preceptores da residência.

Nota-se, também, a presença de conflitos relacionados à proposta de atuação, competências e ideologia dentro da equipe do Murialdo. As “velhas” questões da medicina pobre para pobres e da ausência de crítica social encontram-se presentes:

Eu pedi aos residentes que trabalhavam na área do Morro da Cruz e da Vila Vargas que eles viessem assistir a inauguração e prestigiar a vinda do prefeito. Eles me disseram: você vai lá sacudir a sua bolsinha para o pessoal do governo que nós não podemos nos sujar com isso (B).

Na reunião clínica me perguntaram – tu fostes no sábado receber o prefeito, inaugurar [...] Evidente, eu não gosto de gente morrendo por diarreia, por tóxico-infecção alimentar. Então acho que fizemos um progresso, fechamos os poços (B).

Tinha que brigar com os caras. Então eu não vou fazer porque isso é um tamponamento dos protestos do povo. Você não vai deixar eles ficarem doentes esperando que venha a liberdade total e plena. Não tem nada que ver uma coisa com a outra. Tem que ver, mas o que for possível fazer, eu vou fazer agora (B).

A formação continuada e a formação multiprofissional inovaram. Possibilitou a manutenção do vínculo do egresso da residência, facilitou e ampliou a troca de saberes entre as especialidades – transdisciplinaridade; estabeleceu a vinculação do trabalho multiprofissional à formação multiprofissional. Porém, em especial, a formação multiprofissional, devido ao seu caráter não discriminatório, também gerou muitas resistências externas, em especial de entidades de classe e da Comissão Nacional de Residência Médica, e internas, como a dificuldade de adequação aos temas propostos e a dificuldade de convivência com profissionais de especialidade mais distante da médica, como presente nos grifos (meus) na fala do entrevistado (F), ex-residente do Murialdo.

O médico estava muito mal acostumado a trabalhar esperando a demanda. Estabelecer um sistema treinamento permanente. Nesse sistema de treinamento, de ensino, fortalecendo o espírito de equipe, promovendo os conhecimentos e as atitudes, nós tivemos que fazer reeducação. Nós nos submetíamos a exercícios psicológicos de interação (B).

Os alunos de graduação que iam lá, da psicologia, da medicina, de mais de uma faculdade, da farmácia, da odontologia. Cada um tinha o seu estágio com o seu preceptor especializado. Acabamos com isso. Pegamos todos os preceptores - ou vocês se juntam, e todo mundo vai fazer a mesma coisa ou vão embora daqui. Eles se ajudaram. O estágio se chamou estágio integrado. Um grupo de psicologia acharam que iam perder sua identidade, foram embora. Obrigado. Vieram outras. No fim acabaram aprendendo. Os estágios nos lugares onde estive sempre foram feitos integrados (B).

Muitas coisas muito boas e outras que não serviam, que tinham outros profissionais para fazer (F).

Se o trabalho tem que ser multiprofissional, a formação tem que ser também. Ele não limitava as profissões, qualquer profissional pode se inscrever. Não se limitava as profissões (F).

Claro que a maioria era enfermeira, mas tinha psicologia, nutrição, assistente social, odontologia, sociologia, e começou a surgir alguns estranhos, como veterinário (F).

Até administradores de empresas fizeram residência no Murialdo, em saúde comunitária, que mais tarde foram trabalhar no planejamento em saúde a secretaria estadual de saúde. Não se limitava as profissões. Qualquer profissional se inscrevia, ele selecionava os melhores. Só que ele radicalizou muito com isso, na minha opinião (F).

Porém, apesar das críticas, o grande saldo da formação multiprofissional foi a formação de um forte vínculo de equipe, que além de diminuir o distanciamento entre as especialidades, que constituiu um dos grandes responsáveis pela manutenção do Murialdo em seus vários momentos de crise. Essa formação parece ter possibilitado uma melhor gestão interna da própria equipe, minimizando os conflitos que interfeririam no processo de trabalho destas equipes, tais como os levantados por Spagnol (2006): entre diferentes categorias profissionais que as compõem, além dos conflitos em relação à hierarquia, poder, classe social, status. Nos parece que esta formação multiprofissional ajuda a responder a esta mesma autora⁴⁵ quando questiona se

[...] esse profissional está preparado para lidar com situações dessa natureza (conflitos no ambiente de trabalho), de forma mais coletiva, isto é, propiciando espaços em que todos os envolvidos tenham a oportunidade de discutir e analisar seus conflitos conjuntamente (SPAGNOL, 2006, p. 55).

⁴⁵ A autora trata apenas dos conflitos na equipe de enfermagem num contexto hospitalar. Porém, penso que a riqueza e qualidade desta tese permitem a generalização deste questionamento.

A crise atual parece ser a mais grave das já enfrentadas pelo Murialdo, em função da cisão da equipe após o processo de municipalização.

[...] esse processo de municipalização foi muito traumático para a instituição. Eu tenho noção assim: a todas as dificuldades que a gente tinha de falta disso, de falta daquilo, de tudo mais, a gente tinha um grupo muito coeso, assim, em termos de ideais, de proposta de trabalho, a gente tinha tudo muito claro do que era a residência, do que era um trabalho multi, do que era o trabalho de campo da equipe e tudo mais. A gente tinha esse grupo funcionando com essa mesma, assim, todos com o mesmo nível de participação, todos sofrendo com as mesmas necessidades, mas entrosados com os mesmos objetivos de trabalho. Houve um processo de separação dentro da instituição. Foi uma cisão dentro da própria instituição (S).

Posteriormente, após a saída de (B) da coordenação do Murialdo, ocorrem uma reorganização do modelo de formação multidisciplinar com a incorporação de outros conceitos:

O Gastão Wagner tem um conceito de campo e núcleo. Tem que respeitar o campo da saúde, multiprofissional e o núcleo de cada profissão. O campo e o núcleo de cada profissão. Os dois são importantes na prática e na formação. Importante o peso de cada um na formação e na prática. Em alguns locais se dá muito peso só para o núcleo, e muito fragmentada e outros só para o campo. O Murialdo teve fases diferentes. Na fase do B, ele exagerou no campo. O meu primeiro ano de residência foi na administração do B, depois fiquei dois anos fazendo residência em clínica médica e o meu segundo ano, três anos depois, já foi sob a direção do K, cardiologista, era o oposto, era muito médica. Exagerou ao contrário, ficou muito clínica, as pessoas faziam coisas em separado (F).

Apesar da reestruturação do Murialdo, o mesmo permanece desconsiderado pelo poder público estadual e, após a municipalização, ainda não tem clara a sua permanência como instituição formadora.

Na verdade, essa municipalização foi decorrência do movimento que nós, os profissionais, começamos junto com a residência para reivindicar melhores condições de trabalho, nós tínhamos unidades caindo aos pedaço. (M).

O grande marco desse tempo que a gente está aqui foi a história da municipalização. Isso sim mudou muito a nossa lógica de trabalho. Porque antes nós éramos gerenciados somente pelo Estado, o Estado era responsável tanto pelo ensino quanto pela assistência. Com a municipalização, em fevereiro de 2009, a assistência então ficou a cargo do Município e o ensino permaneceu com o Estado. Só que neste meio tempo nós perdemos vários colegas, vários preceptores que trabalhavam conosco na residência, porque tudo era residência (M).

A gente está lidando com outros desafios agora, mas o principal desafio eu acho que é a nossa sobrevivência ainda como projeto de residência (S).

O Murialdo, que hoje não existe mais, existe só esse andar aqui, que pertence ao Estado, que se denomina Murialdo (S).

Nos relatos acima fica evidente o trauma causado pelo processo de municipalização que ocasionou a divisão entre a assistência e a formação, separando profissionais que atuavam de maneira integrada em um projeto único. A última frase é emblemática, pois deixa claro que o “Murialdo”, de um conjunto de idéias, ideais, ações e realizações, ficou reduzido a um simples espaço físico.

3.2 A experiência em MGC do “Conceição”

Carlos Grossman⁴⁶ que fazia parte do triunvirato⁴⁷ que criou o “Murialdo” em 1974, foi convidado e assumiu a coordenação da Residência em Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição/HNSC do Grupo Hospitalar Conceição onde, com a participação de Jaques

⁴⁶ Carlos Grossman, médico, atualmente é assistente técnico do SSC.

⁴⁷ Carlos Grossman, Ellis Busnello e Isaac Levin.

Bacaltchuk⁴⁸, criou a residência em Medicina Geral (1980) e, posteriormente, junto com o Carlos Dora criou o Serviço de Saúde Comunitária/SSC (1982).

Este SSC integra o Grupo Hospitalar Conceição/GHC em Porto Alegre/RS – uma S.A. cujo acionista majoritário é o Ministério da Saúde que tem 98% das ações -, considerado o maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil.

Além do SSC, o GHC é constituído por quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF) (FAJARDO *et all*, 2010).

O Serviço de Saúde Comunitária possui atualmente 12 unidades de atenção primária, abrangendo um território com uma população de 125.000 habitantes. À época de sua criação, 1982, era constituído por uma

[...] equipe formada por quatro residentes de terceiro ano que já defendia o atendimento integral, a continuidade do atendimento e a participação da comunidade. Respondendo à solicitação de diversas outras comunidades da zona norte e leste da cidade, o SSC foi ampliando o número de Unidades e incrementando a qualidade da assistência. Atualmente, somos 12 equipes de Atenção Primária formadas por ACS [agentes comunitários de saúde], assistentes sociais, auxiliares e técnicos em enfermagem, dentistas, enfermeiras, farmacêuticos, médicos de família e comunidade, médicos internistas, nutricionistas, psicólogas, técnicos em saúde bucal (TSB), terapeuta ocupacional, residentes e estagiários. Realizamos assistência integral à saúde das famílias de áreas delimitadas (125.000 habitantes). Priorizamos grupos vulneráveis, enfocamos a qualidade da atenção e a formação de recursos humanos para o SUS (FAJARDO, 2010, p. 18-19).

No início, o programa de residência era de medicina geral com enfoque nas áreas básicas, no qual o residente passava pelas áreas de cirurgia geral, gineco-obstetrícia, pediatria e medicina interna. A residência era centrada no Hospital – os residentes faziam ambulatório, mas não havia unidades primárias de saúde.

⁴⁸ Jaques Bacaltchuk: Médico, nefrologista e clínico geral. Diretor médico da Santa Casa de Porto Alegre.

[...] *A minha formação, não eram médicos gerais, de família, médicos comunitários que me formaram – fui formada por especialistas (W⁴⁹).*

Em razão da Resolução 07 de 1981 da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, que regulamentou a residência em Medicina Geral Comunitária/MGC, iniciou-se a transformação da residência, através da adequação teórica e prática da formação dos residentes. Inicialmente foi proposta a criação da primeira unidade de atenção primária dentro do próprio HNSC.

Esta proposta foi muito combatida pelo corpo clínico do Hospital, que pressionou a Diretoria para que não acontecesse, culminando com a decisão do Corpo Clínico, em reunião onde foi apresentado o projeto de *moção de repúdio a esta iniciativa*. Em determinado momento, segundo o relato do Dr. Carlos Grossman que defendeu o projeto na reunião, foi usado a expressão “*câncer a ser extirpado*” para caracterizar a então denominada medicina generalista (LOPES, 2005, p. 19) [grifos do original].

Um dos grandes embates à época se dava entre o “[...] *sanitarismo e a clínica generalista*, considerada por muitos como medicina para pobres, e por outros como importação do modelo “médico de família americano” [...] que repercutiu na denominação escolhida para a especialidade [...]: *medicina geral comunitária*” (LOPES, 2005, p. 20) [grifos do original].

Apesar de toda esta oposição, a primeira unidade é instalada dentro do Hospital, a qual

[...] introduzia conceitos inovadores como: territorialização, adscrição de clientela, participação da população, trabalho comunitário, uso da

⁴⁹ Ex-residente do Conceição, atualmente medica e preceptora da residência em uma unidades de atenção primária à saúde que abrange uma população de 6.244 habitantes.

consultoria (referência e contra-referência), assistência domiciliar, trabalho em equipe, dentre outros (LOPES, 2005, p. 19).

A manutenção em funcionamento desta primeira unidade foi muito difícil, face aos inúmeros problemas e resistência encontrados, como destacado a seguir:

[...] Interessante porque para a Instituição nos querer, eram os refugos de tudo que era profissional da Instituição que não dava certo vinham para a saúde comunitária. Anos e anos eram profissionais-problema, a gente trabalhou muitos anos, porque tinha uma dificuldade grande, principalmente da categoria médica em aceitar médicos gerais, de família e comunidade como hoje a gente se chama. Não era,/// foram anos de briga, anos de resistência, e eram poucas pessoas em serviços especializados que nos respeitavam, que nos aceitavam. Era uma briga. Tanto com a instituição - hoje é um mar de rosas -, como com a categoria. Imagina, não sabem nada, são médicos que fazem tudo. Até pela questão técnica, o desrespeito em termos disso (W).

Porém, apesar destas dificuldades, houve um ganho na formação dos residentes em função do aumento do número de médicos generalistas como preceptores da residência.

[...] a partir de 1984, [...] os médicos de família e comunidade que continuaram formando médicos de família e comunidade, o que muda completamente o enfoque (W).

Com a ampliação do número de unidades de atenção primária à saúde, constitui-se o Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Interessante ressaltar que, ao contrário do que ocorreu no Murialdo, o Serviço de Saúde Comunitária se estruturou em função da residência médica.

Também em relação à residência, o

[...] Murialdo já formava todas as categorias, era multiprofissional. A RIS como a gente chama a Residência Integrada em Saúde, começou em 2004. Enfermeiro, psicólogo, assistente social, odonto, e mais recentemente farmácia, nutrição e TO [terapia ocupacional]. O serviço embora tivesse esses profissionais trabalhando, não tinha a formação desses profissionais e agora tem como residência também (W).

Em 1992-93, Grossman assumiu a direção técnica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e promoveu a segunda onda de crescimento do serviço, completando as doze unidades atuais, que possuem características diferentes da Estratégia de Saúde da Família/ESF,

[...] a gente tem a característica de uma clínica bem mais ampliada [...]. A gente tem médicos, enfermeiras em todas as unidades, das profissões de nível superior, tem assistente social em todas as unidades, tem psicólogo em todas as unidades, tem dentista em todas as unidades, tem o matriciamento de nutrição, de farmácia, de psiquiatria e de medicina interna. Nós temos uma pediatra que é ligada ao Hospital da Criança Conceição, que faz supervisão em algumas unidades localizadas [...] (N⁵⁰).

Com o passar dos anos, o SSC e a Residência vão se firmando técnica e politicamente, ampliando seu espaço não só em sua área de abrangência como também no Grupo Hospitalar Conceição, apesar da resistência ainda proporcionada

[...] por remanescentes do Corpo Clínico que tentou impedir sua criação, e depois por convicções de técnicos e gestores de diversas instâncias de saúde, principalmente a nível federal. A questão sempre colocada era a de que um grupo hospitalar com a complexidade do GHC não deveria envolver-se com atenção primária à saúde (LOPES, 2005, p. 21).

⁵⁰ Ex-residente do Murialdo, atualmente ocupa cargo de gerência no GHC.

O tempo, porém, vem mostrando o contrário – que a atenção primária à saúde prestada pela saúde comunitária pode muito bem colaborar e complementar os demais níveis de assistência. Como exemplo, o fato de que atualmente “[...] 70% dos protocolos testados e em execução no GHC são oriundos da saúde comunitária. [...] um profissional nosso [mentor do prontuário eletrônico] é Coordenador do Núcleo de Monitoramento e Avaliação [...].” (N)

Desde a sua criação, o SSC e a residência encontram-se em constante aperfeiçoamento, inclusive através de parcerias internacionais – “[...] teve a fase inglesa em que todo mundo foi para a London School de Londres. Teve a época canadense. Hoje a gente está vivendo a época hispano-portuguesa, contato bem grande com Espanha e Portugal.”(N). Estes intercâmbios de experiências propiciam a ampliação do conhecimento

[...] no debate cotidiano, de como atender, como referenciar as pessoas do hospital de volta para população, os programas que a gente consegue mostrar que a gente reduz internação por causas preveníveis na atenção primária à saúde, tudo isso foi fazendo com que o serviço fosse considerado ao longo do tempo, principalmente da parte dos médicos do GHC, uma respeitabilidade que no início não tinha. Foi muita luta (N).

Esta respeitabilidade extrapolou os limites do GHC chegando à Universidade Federal de Ciências da Saúde que, há cerca de três anos, vem estruturando em parceria com o GHC, a construção de um distrito sanitário docente-assistencial na área atendida pelo SSC e pela residência, que em 2010 ofereceu 34 vagas para residentes na atual Residência Integrada em Saúde - RIS/GHC.

3.3 A Residência em MGC de Mariana

Os primórdios e a conjuntura

A Residência em Medicina Geral Comunitária do Hospital Monsenhor Horta em Mariana/MG está relacionada a um processo que se inicia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – FM/UFMG, em fins da década de 60 por ocasião da proposta de mudança curricular.

Até então, o curso da FM/UFMG era baseado na diretriz flexneriana, trazida para o Brasil na década de 50 pela Fundação Rockefeller através de financiamento “[...] nas três principais faculdades das três maiores capitais brasileiras: São Paulo, Rio e Belo Horizonte”, na expectativa de que estes “[...] três currículos modelares logo influenciassem todas as faculdades do país. Mas, por causa do anacronismo da importação do modelo, a diretriz flexneriana logo, em menos de uma década, teve de sofrer modificações de graus variáveis” (SALGADO, 2007, p. 3).

O curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFMG tinha duração de 5 anos, modelo mantido por 10 anos de 1968 a 1977. O curso foi estruturado, em um módulo de Ciências Básicas que era no Instituto de Ciências Biológicas/ICB, com duração de dois anos, onde se começava estudando as células, depois os órgãos, os tecidos, e assim por diante. Depois se estudava Farmacologia Básica. No terceiro ano o aluno ia para curso de Medicina propriamente dito, que era dividido em cadeiras: Cardiologia, Gastroenterologia, Epidemiologia, etc., todo fragmentado.

Em 1974 ocorre um seminário na Faculdade de Medicina da UFMG patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde, para discutir o avanço da Medicina, da Saúde Pública, onde muitas pessoas mais ligadas à saúde pública questionam aquele modelo de ensino e fazem uma proposta de mudança.

Salgado (2007, p. 3) refere que com a frustração do modelo flexneriano, os EUA “[...] passaram a exportar outras diretrizes [...]” desta vez, agora, através da “[...] Fundação Kellogg e, depois, do Banco Mundial (motor da privatização), acrescida do uso lamentável da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) como subagências auxiliares”.

Essa Semana de Estudos sobre Saúde da Comunitária (1ª SESAC), que aconteceu em Belo Horizonte, coincide com a reforma do ensino médico da UFMG, com o início do internato rural e ela é precursora na formação desse grupo de estudos médicos que atua junto às entidades médicas e participa da reforma da saúde. Esta SESAC foi muito rica, contando com expoentes da área de saúde pública de vários estados.

Tinha o pessoal de Brasília, tinha o Gastão Wagner⁵¹, tinha o Sérgio Arouca⁵² que centralizava isso, que era uma grande figura nesse período, participando dessa primeira semana. Foi um evento nacional. Vieram pessoas de São Paulo, do Paraná, do nordeste (ML⁵³).

Nessa época, estudantes e representantes de estudantes junto à Congregação participaram desse seminário no qual se discutiu a reforma curricular do Curso de Medicina com vista à introdução do estágio extra-muros, como era chamada a saída da faculdade para as alternativas de estágio em saúde pública, saúde da comunidade - a medicina da comunidade, como era chamada. Depois ocorre uma discussão, uma controvérsia com esse nome.

Neste seminário, muitos alunos do Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina (que já contava com a participação de várias pessoas que hoje são expoentes na saúde pública), iniciam uma discussão de como modificar aquele perfil de médico acadêmico e aquele perfil do ensino todo formatado por departamentos e então buscar a formação extra-muros. A universidade faz essa reforma.

⁵¹ Gastão Wagner de Sousa Campos é médico, professor titular de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Exerceu a chefia do Depto de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp de 1996 a 2000 e de 2005 a 2009. Foi secretário de saúde de Campinas de 1989 a 1990 e de 2001 a 2003. Foi também secretário executivo do Ministério da Saúde (2003-2005).

⁵² Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941: Ribeirão Preto, SP — 2003: Rio de Janeiro, RJ). Médico sanitário e político, consultor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, assessorou o desenvolvimento do sistema de saúde cubano, chefe do Departamento de Planejamento da ENSP, presidente da Fiocruz. Militante do PCB, foi deputado federal por 8 anos, secretário de saúde do município do Rio de Janeiro/RJ.

⁵³ ML: ex-residente e ex-preceptora da residência de Mariana.

[...] o João Amílcar⁵⁴, era o pai do currículo de seis anos. A escola passou de cinco para seis anos com o discurso de ser terminal, na formação /// O cara já saísse com alguma formação para pegar algum serviço. Havia até uma idéia da equipe ideal: [...] cirurgião era obstetra também, o pediatra anestesista, o clínico poderia ser um auxiliar do cirurgião. Um pequeno número de pessoas poderia resolver as grandes questões de saúde. [...] O João Amílcar tinha todo aquele discurso de medicina integral, o futuro era o generalista, o curso de seis anos foi todo montado em cima do médico generalista [...] (JT⁵⁵).

Neste período, forma-se uma turma da Faculdade de Medicina da UFMG que vai para o Vale do Jequitinhonha, para Diretoria Regional de Saúde de Diamantina, cujo diretor era o Francisco de Assis Machado, o Chicão⁵⁶, e

[...] experimentam, eram estudantes de medicina, eu fiz parte desse grupo, e nós fomos fazer uma experiência da saúde da comunidade ali, de saúde comunitária. Era atuar prestando algum nível de assistência e tentando fazer educação para a saúde. Dentro de uma visão mais crítica e tudo [...] (ML).

Existiam outras experiências no Brasil, algumas bem mais antigas

[...] o próprio Chicão que já tinha todo um trabalho no nordeste, [...] era um sonho que eles já tinham de muito tempo antes. [...] Ele é um militante do Partidão [PCB] e mais tempo ele já tinha essa idéia de formar um grupo e ir para interior, acho que eles chegaram a ir para Três Marias/MG. Uns 10 anos antes, quer dizer isso já é quase uma gestação, era uma repetição de várias idéias. Uma história construída a muitas mãos e cabeças (ML).

⁵⁴ João Amílcar Salgado (1937: Nepomuceno, MG), médico, filósofo, historiador da medicina brasileira, professor titular da UFMG.

⁵⁵ JT: médico, clínico, ex-preceptor da residência de Mariana.

⁵⁶ Francisco de Assis Machado, médico, professor e pesquisador da UFMG, diretor da Regional da Secretaria do Estado de Saúde no Vale do Jequitinhonha/MG, da Regional da SES de Montes Claros/MG e da SES da Região Metropolitana de Belo Horizonte; implantou o primeiro Projeto das Ações Integradas de Saúde em Minas Gerais, coordenou a Secretaria Técnica do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento – PIASS, para a Região da SUDENE; presidiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ CEBES na gestão 1984/85; consultor e assessor da Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

Nesta época havia uma discussão, que na I SESAC foi levantada por Juan César García⁵⁷ da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS⁵⁸, no sentido de afirmar que a Medicina Comunitária era medicina de pobre, que era a medicina chinesa dos médicos dos pés descalços. A Medicina Comunitária seria uma forma de baratear o custo da atenção porque havia um exército de mão de obra que não tinha acesso aos serviços de saúde. Então, seriam profissionais mal formados para atender a esses desfavorecidos e acalmar, diminuir a tensão social - isso atendia ao interesse do regime militar. Essa crítica existia, mas era contestada por um grupo que propunha outra concepção para a Medicina Comunitária:

[...] não, pelo contrário, seremos bem formados, era essa a idéia do Célio⁵⁹, de formar bem formado e criou esse espaço de educadores de saúde, de promoção de saúde. Não chamava assim na época, mas era isso. E buscar, tirar tudo que pudesse da tecnologia para adequar àquelas realidades. Essa discussão existia sim, e de fato a origem disso daí era, eu acredito que tinha essa visão americana, uma proposta acrítica. Mas tinha essa mais avançada, essa transposição, era uma proposta crítica, que se fazia com participação popular, discutindo na própria comunidade (ML).

A medicina pública era um negócio muito mal visto, era muito de baixa qualidade, então a idéia era mudar, mudar com qualidade. Fazer uma medicina para as necessidades básica da população, mas de boa qualidade. Essa que era a idéia (JT).

Salgado (2007) refere que à época, era a Secretaria do Estado da Saúde que exercia o papel que hoje é desenvolvido pelas secretarias municipais de saúde. Os profissionais que se formaram no início da década de 70, que possuíam esse cunho social muito forte, foram trabalhar em saúde pública. Uma boa parte destes foi para Manguinhos, e trouxeram esse

⁵⁷ Juan César García, (1932: Necochea, Argentina – 1984: Washington, EUA). Médico, sociólogo, pioneiro das Ciências Sociais em Saúde na América Latina.

⁵⁸ “Na própria Organização Pan-Americana de Saúde, passou a projetar-se cada vez mais a linha independente e original de Juan César García, um argentino que discordava dos paradigmas de exportação, sendo defensor de inovações nascidas das realidades regionais de saúde” (SALGADO, 2007, p. 3)

⁵⁹ Célio de Castro (1932: Carmópolis de Minas, MG – 2008: Belo Horizonte, MG). Médico, professor universitário e político. Dois mandatos de prefeito de BH e dois de deputado federal.

debate para dentro da Secretaria de Saúde que se organizava por regionais de saúde, ampliando os espaços de trabalho. Estes espaços foram importantes, por exemplo, para os internatos da Faculdade de Medicina, que utilizava as estruturas da Secretaria de Estado, no noroeste e norte de Minas Gerais. Havia uma estreita relação entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Escola de Medicina, através de seu diretor à época, Philadelphus⁶⁰, além de outros membros desse grupo que exerciam funções de direção junto à Secretaria de Estado.

Nesta época, cria-se a revista do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, e ocorrem muitas discussões e encontros como o Encontro do Estudante de Medicina do Pará, e iniciam-se as discussões sobre os diversos programas, como o da UNB, que realizava uma experiência de Medicina Rural; em Minas, a experiência no Vale do Jequitinhonha e em Montes Claros, na montagem da secretaria de saúde que, aliás, possibilitava um grande espaço para essas experiências⁶¹.

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) institui o Internato Rural, oficializando-se a mudança do currículo do curso médico. A partir de 1973, as turmas que entram na Faculdade para o curso de seis anos, fazem o internato rural, inicialmente na regional de saúde de Montes Claros e de Diamantina, nos municípios de Montes Claros, Diamantina, Capelinha, Coração de Jesus, Januária.

Em Belo Horizonte, médicos que trabalhavam no Hospital João XXIII convidam Célio de Castro, referência de médico clínico, bem formado e político, e organizam um grupo de estudos médicos. Célio de Castro era um clínico que discutia a mudança do paradigma da medicina, de modificar aquela medicina segmentar e ter uma visão mais ampla.

Nesse meio campo aí, vários de nós já havia se formado e continuava a discussão de saúde pública, de questionamentos. Na realidade, era até um modo de você fazer um contraponto ao regime militar, aos espaços de discussão centrava tudo por ali (ML).

⁶⁰ Benedictus Philadelpho de Siqueira, médico, professor emérito da Faculdade de Medicina da UFMG, primeiro presidente da ABRASCO (1981-1983), primeiro coordenador do Nescon (1983-1985).

⁶¹ Nesta época, Chicão que havia iniciado a experiência do Vale do Jequitinhonha era o diretor da regional de saúde de Montes Claros.

Nessa época, a única residência médica oficialmente estruturada em Belo Horizonte era a do Hospital das Clínicas da UFMG. As residências do Hospital Felício Roxo, da Santa Casa e do Hospital Geral Semper eram extra-oficiais, mas formavam residentes. O Célio de Castro então propõe ampliar a residência do Hospital Semper que fazia estágio de urgência no João XXIII, para Ouro Preto/Mariana e para João Monlevade.

A estruturação da Residência

No Hospital Monsenhor Horta em Mariana havia um espaço bastante adequado para o desenvolvimento de uma experiência de formação, visto que um grupo⁶² de médicos que trabalhavam lá tinham sido residentes do Célio de Castro e tinham a intenção de fazer uma prática mais integrada, com uma visão mais ampla e mais integral da medicina. Visão que associava aspectos sociais ao exercício mais geral da prática médica a partir da compreensão do indivíduo como um todo.

Outra característica facilitadora era a presença do estágio em Clínica Médica dos estudantes de Medicina da UFMG iniciado em 1975. A residência médica começou em 1978 junto com estágio de acadêmicos de Enfermagem.

Quando então ia montar a residência do ano de 1978, no Semper, aí eles falaram - nós vamos fazer um estágio, um ano, no interior. [...] A turma estava na Associação Médica. Teve uma jornada médica lá em Mariana. Então já foi um contato com Mariana e tudo mais. E havia uma circulação boa, uma boa aceitação disso lá e a Cúria Metropolitana também apoiando isso. A figura do Célio também era muito incensada. [...] Aí para 78 já propuseram fazer dois focos. Então foi definido que um seria Monlevade, que seria dentro do Hospital Margarida em Monlevade⁶³ e o Hospital Monsenhor Horta em Mariana. Você poderia

⁶² Em função do regime militar, os militantes da esquerda tinham se dividido: “[...] o PCdoB tinha ido para a guerrilha e o partidão [PCB] estava aqui na cidade [Belo Horizonte]” (ML). Simpatizantes destes grupos foram os responsáveis pela estruturação da Residência.

⁶³ Município de João Monlevade, MG, distante 115 km de Belo Horizonte. O município de Mariana dista 110 km de Belo Horizonte.

optar se você iria para lá no segundo ano da residência ou no primeiro (JT).

Assim, inicialmente, a residência de Mariana ficou vinculada à residência do Semper – os residentes passavam um ano no Semper e um ano em Mariana -, e tinha a característica de uma residência com formação nas disciplinas básicas. O residente faria clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e teria a formação em clínicas básicas para poder atuar com o foco na questão da interiorização da prática médica, utilizando da melhor forma possível os conhecimentos adquiridos na residência.

Diferentemente do que ocorreu em João Monlevade, em Mariana a residência visava à medicina da comunidade, com seus vários distritos, onde os residentes passaram a atuar junto às comunidades, em função do apoio que tinham da prefeitura. No início da residência, o programa era bem médico. Depois, ele se amplia, se modifica, incorpora a saúde da comunidade e se consolida, deixa de ser um projeto, se transforma na residência.

E a partir de, no ano seguinte, 1979, eu acabei a residência aqui [Semper] e fiquei mais voltada para lá e a gente começou a atuar na área rural e aí levamos os residentes para a área rural. Em 79, 80 ocorreu essa transformação [...] (ME).

Com o processo de credenciamento das residências pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação e Cultura - MEC, o Semper decide oficializar a sua residência como clínica médica, iniciando-se o processo de cisão do programa Semper/Mariana.

[...] temos que nos desligar do Semper. Fazer o nosso caminho aqui em MGC. Casava perfeitamente com nossas coisas. [...] O Polignano⁶⁴ entrou, sendo professor lá da UFOP. Nós vamos pegar os marcos conceituais. Fizemos várias reuniões. O marco que se pegou, tinha muito

⁶⁴ Marcus Vinícius Polignano, médico, professor adjunto da UFMG, doutor em Saúde Pública, coordenador do Projeto Manuelzão e de ações junto ao internato em saúde coletiva.

assim /// na época tinha um camarada do sul, Santa Maria aliás, o Kurt Kloetzel⁶⁵, ele tinha umas discussões interessantes [...] o tratamento ser uma coisa integrada, tudo o que você poderia fazer pelo indivíduo. Aquele trem de conhecer a comunidade em que você está trabalhando, Tinha a questão também de ajudar a comunidade a fazer sua evolução na área da saúde. A gente lia muita coisa. Lia aquele pessoal que está hoje lá na Abrasco (JT).

Devido ao interesse (e à necessidade) em credenciar o Programa de Residência junto à Comissão Nacional de Residência Médica, em 1983 inicia-se o processo de credenciamento da residência de Mariana como Residência em Medicina Geral Comunitária. Para tal, o grupo se mobilizou para ajustar o programa teórico-prático às exigências do perfil do médico geral comunitário a ser formado pois, neste momento, ainda havia o predomínio da formação hospitalar - faltava a parte de Saúde Pública.

Quando entrei (julho de 1983) a Residência era uma proposta inovadora de formação médica em medicina geral, basicamente hospitalar. [...] Foi nesta época que se fez um convênio entre o Hospital e a Prefeitura Municipal de Mariana para viabilizar “estágios” em ambulatórios da cidade e posteriormente em ambulatórios de área rural nos diversos distritos da cidade (NM⁶⁶).

Inicia-se, então, a implantação dos ambulatórios nos distritos e ampliou-se o grupo de preceptores através da vinda de um profissional para desenvolver a área de Saúde Pública. Este profissional, o Prof. Polignano, era vinculado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, um dos responsáveis pela implantação e supervisão do internato rural da Nutrição.

⁶⁵ Kurt Kloetzel (1923: Hamburgo, Alemanha – 2007: Pelotas, RS). Engenheiro, médico, exilado nos Estados Unidos na ditadura militar, consultor da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde brasileiro. Montou o Depto de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Publicou vários livros: “Raciocínio Clínico”, “ABC do Charlatão”, “O que é Meio Ambiente”, “O que é Medicina Preventiva”, “O que é Superstição” e “O que é Contracepção e Controle de Natalidade”, e “As bases da Medicina Preventiva”, sendo reconhecido como o primeiro a escrever sobre o assunto no Brasil.

⁶⁶ NM: médica, ex-residente de Mariana, possui mestrado e doutorado em Epidemiologia.

Após algum tempo, os coordenadores da Residência perceberam que faltava suporte para o credenciamento do programa, representado, principalmente, pelo apoio de uma faculdade de Medicina.

Porém, mesmo sem este apoio, o Programa crescia em qualidade e se estruturava, obtendo a aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica. Todo o processo de credenciamento, efetivado em 1984 inclusive com bolsas do INAMPS, contou com a participação direta de preceptores e residentes que foram a Brasília e se mobilizaram para este fim.

O Programa da Residência

A base de funcionamento da Residência era o Hospital Monsenhor Horta, que contava com aproximadamente 60 leitos, com um pronto atendimento, enfermarias nas áreas básicas e centro cirúrgico-obstétrico. Não possuía unidade de tratamento intensivo - UTI.

As atividades de formação médica de caráter hospitalar ocorriam no pronto atendimento, nas enfermarias - clínica de adultos, pediatria, obstetrícia, cirurgia -, no bloco cirúrgico-obstétrico, na sala de pré-parto, na biblioteca - onde ocorriam as reuniões clínicas.

As atividades não hospitalares aconteciam nos ambulatórios do centro da cidade e, principalmente, nos ambulatórios dos distritos de Mariana, ficando cada residente responsável pela assistência em um distrito. A supervisão era à distância e os casos que tivessem indicação eram removidos para acompanhamento no Hospital. Na fase inicial, a abordagem teórica de conteúdos específicos de saúde coletiva (epidemiologia, planejamento, gerência, ciências sociais da saúde) era bem limitada.

As atividades de ensino e trabalho médico incluíam: plantões de urgência no Pronto Socorro; evolução e prescrição dos casos internados nas diversas enfermarias; revisão destes casos com o preceptor de cada enfermaria responsável pelo caso; participação na discussão de casos de maior complexidade, auxílio em cirurgias incluindo parto normal e

cesáreo; participação na assistência de casos de traumatologia; apresentação casos clínicos nas reuniões.

Alí na residência a proposta era isso, o pessoal fazia era isso: três meses de cirurgia e obstetrícia, três meses na pediatria e seis meses na clínica médica. Você estava vendo ali pronto-atendimento, urgência, parto, auxiliava cirurgias, você fazia até algumas pequenas intervenções, suturas, e essa coisa toda. E tinha um suporte legal lá, aprendi muita coisa lá em Mariana (JT).

Opcionalmente o residente também poderia desenvolver atividades de anestesiologia juntamente com o anestesista responsável (por exemplo: entubação, assistência ventilatória, anestesia raquidiana, peridural e bloqueios). Nos estágios de cirurgia, o foco era o diagnóstico cirúrgico, a indicação e a realização de cirurgias ambulatoriais, mas, também havia um tempo considerável de participação em cirurgias como auxiliar do cirurgião principal. Dependendo do interesse do residente, ele poderia desenvolver habilidades mais específicas, como por exemplo, a realização de uma apendicectomia.

As atividades ambulatoriais incluíam: atender pacientes do ambulatório central e dos distritos, estruturar os serviços de saúde nos distritos, fazer visita domiciliar nos casos indicados, identificar casos de doenças transmissíveis e realizar ações específicas de interesse epidemiológico.

O atendimento era bem geral: casos de adultos, crianças, problemas de saúde da mulher, oncologia, infecto-contagiosas, doenças crônicas não transmissíveis, traumatismos em geral, acidentes de trabalho, acidentes com animais peçonhentos, casos psiquiátricos de todos os tipos e muitos problemas sociais, a maioria ligada à pobreza (NM).

Ocorriam também reuniões de educação para saúde em algumas comunidades, sob coordenação do residente. Nos ambulatórios de área rural o único profissional com formação técnica na área de saúde era o médico residente. Portanto havia também a

necessidade de treinar e supervisionar a auxiliar de saúde para as funções específicas, pois nenhuma tinha formação profissional prévia.

Os objetivos da Residência

De acordo com o depoimento de uma das ex-residentes (NM), os objetivos da residência eram:

Avançar a formação médica da graduação visando um médico generalista qualificado, com sólida formação nas clínicas básicas. Habilitar os médicos ao diagnóstico e tratamento das clínicas básicas (clínica médica de adultos, da mulher, pediatria e cirurgia ambulatorial), bem como no diagnóstico e intervenção nos problemas de saúde pública.

Ampliar a formação médica para outras áreas além do saber médico oficial fortalecendo a proposta de cuidados primários da saúde.

Trazer para o espaço real a proposta de abordagem bio-psico-social da atuação médica proposta na Conferência de Alma Ata/1978 (bastante discutida na Faculdade de Medicina da UFMG, escola de origem da imensa maioria dos residentes deste Programa).

Construir uma proposta de formação médica em nível de especialização (Residência) viável de ser implantado no sistema público de saúde “na porta de entrada do sistema” (NM).

Então o que a gente tinha era uma inserção dentro da comunidade, entender perfeitamente o indivíduo como membro de uma comunidade, não raciocinar de outra forma. Não ter aquela visão biológica, todo mundo já fugia dessa visão do cara como ser biológico. Mas além de ser social você também está integrado naquela sociedade onde ele estava, conhecer aquilo e estar atuando lá dentro. [...] Ao mesmo tempo você ter uma condição técnica de trabalho que resultasse alguma coisa positiva para ele, não só nesse discurso. Que o indivíduo tivesse acesso a tudo, inclusive ao hospital e tudo mais.[...] Uma coisa que eu achava legal lá era a integralidade da atenção – você via o cara no posto de saúde, se achava que ele tinha que internar, você internava o sujeito, você fazia o pré-operatório dele. Eu por exemplo fazia a anestesia, via a cirurgia e acompanhava ele no pós-operatório. Tive vários casos assim. Legal, você ficava primeiro com um laço com a pessoa muito grande, você acompanhava tudo, você sabia tudo que estava acontecendo. Essa integralidade que é uma das coisas que o SUS pega muito. Quer dizer quando a gente fala em integralidade fuge ///, o alcance é maior, ser preventivo e curativo ao mesmo tempo (JT).

O “espírito comunitário”

Como relatado anteriormente, a Residência, iniciada em 1979, só foi credenciada em 1984, quando, também, os residentes passaram a receber uma bolsa do INAMPS. Nos primeiros anos, antes da realização do convênio com a Prefeitura Municipal de Mariana em 1983, não havia remuneração oficial dos residentes. No intuito de resolver esta situação, a “bolsa” dos residentes

[...] era até um salário que era uma divisão dos próprios médicos de Mariana, faziam uma caixinha. O Hospital contribuía um pouquinho e a gente contribuía com o resto (ML).

Outra representação deste “espírito comunitário” era a moradia dos residentes, a “Niniko’s”, localizada no Centro Histórico de Mariana, que abrigava não só os residentes como os estagiários do Internato de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da UFMG. Neste espaço

[...] ocorriam debates, reuniões, atividades vivenciais, festas abertas à participação da comunidade e outras. O espaço físico era bastante limitado, mas a experiência de compartilhar este espaço no dia a dia, nas atividades profissionais e nas atividades de lazer, era bastante rica (NM).

Ocorre, porém, que outras interpretações foram dadas a estas festas comunitárias, servindo de substrato a grupos contrários à permanência da residência de MGC em Mariana.

Por outro lado, algumas destas atividades festivas provocavam grande irritação em setores mais conservadores do Hospital, de parte do corpo clínico e de membros da sociedade devido à 'excessiva' integração com pessoas de diferentes extratos sociais, alguns deles excluídos do ponto de vista social. Isto, na prática, funcionava como um fermento para os atritos entre estes setores e os residentes (NM).

Os conflitos

Ao longo do tempo foram se conformando conflitos em relação à Residência, relacionados ao momento político de transição democrática, ao movimento nacional em relação à consolidação da MGC, ao perfil dos dirigentes mantenedores das entidades que davam suporte à manutenção da Residência – a Prefeitura Municipal e o Hospital Monsenhor Horta.

Havia um comportamento de rebeldia por parte dos residentes, característico da época histórica (1984 foi o ano das Diretas Já),[...] (NM).

Por exemplo, no processo de busca do reconhecimento do Programa da Residência de Mariana pela Comissão Nacional de Residência Médica

[...] ocorreram vários embates com alguns representantes da ABRASCO e/ou Medicina Social (alguns eram grandes teóricos da área) (NM).

Nesta época, havia um claro embate entre Medicina Social e a Medicina Geral Comunitária, tanto no ponto de vista ideológico quanto no político pela manutenção das residências. Este embate, inclusive, é precursor do nascimento da ABRASCO.

O nascimento da associação que viria a ser a ABRASCO deu-se num momento de grandes dificuldades para a Saúde Coletiva [...]. O Ministério da Previdência, então responsável pela distribuição das bolsas de Residência Médica, recebeu a informação de que a área de Medicina Social não mais receberia bolsas, devendo os alunos, para fazerem jus a elas, migrarem para a área de Medicina Geral e Comunitária. Não se tratava de uma simples questão terminológica e este foi meu primeiro desafio, ao ser convidado por um grupo de colegas para dirigir a Associação que se estava criando. Solicitei o apoio do Prof. Gladstone Rodrigues da Cunha, ex-aluno e amigo, na diretoria do Departamento de Assuntos Universitários - DAU, hoje SESU, no sentido de obter passagens e diárias para que os coordenadores de Residência em Medicina Social se reunissem em Brasília. A cinco dias do evento, veio a contra-ordem, obrigando-me a apelar para o Prof. Mário Chaves, na época coordenador da Fundação Kellog para a América Latina, que conseguiu a ajuda. Naquela reunião nasceu a ABRASCO (SIQUEIRA, 2004, p. 5).

Localmente, o município de Mariana, sede do primeiro Arcebispado brasileiro, convivia entre o poder da Igreja Católica e o do poder público municipal. Especialmente, o Hospital Mons. Horta que tinha a sua direção estreitamente vinculada à Igreja Católica (seu Diretor Geral era um Cônego e as coordenações de enfermagem eram exercidas por irmãs de caridade) e, devido a dificuldades financeiras à época, dependia de aporte financeiro da Prefeitura Municipal.

A atuação dos residentes de forma crítica a alguns aspectos da Residência, em especial à figura do Cônego diretor do Hospital e ao Prefeito de Mariana, gerou atritos e provocou uma reação contrária ao Programa de Residência por parte dos mesmos. O grupo de preceptores não conseguiu modificar o rumo desta questão (NM).

Assim, apesar do grande esforço de preceptores e residentes que culminou no credenciamento da Residência, o Prefeito e o Diretor do Hospital decidiram extinguir o Programa de Residência, em 31 de dezembro de 1984.

O “saldo”⁶⁷

Apesar da extinção da Residência em Medicina Geral Comunitária

Mariana, eu acho que foi uma cidade premiada porque tinha uma medicina de muito boa qualidade, tinha uma prática, a questão assistencial, ela teve seu clímax. Porque tinha um estudo, o fato da residência estar lá, aquilo levava os médicos a uma busca constante. Estudava-se muito, fazia-se discussão de caso. Eu acho que modificou, o Hospital, assim, o reconhecimento naquele tempo, o paciente tinha aquele negócio: era INAMPS, pagante, não pagante, de uma certa forma a gente aboliu com isso lá. Existiam os pagantes, os convênios e tudo, mas a gente tratava todo mundo igual, acabamos com aquela característica de apartamentos particulares. E o paciente teve uma participação ativa nesse processo de construção. Eu acho que interveio, foi muito positivo. Eu acho que assim hoje muita coisa, não necessariamente sobre Mariana, mas assim se espelham lá. A experiência, acho que foi interessante, provou que era possível, pelo menos isso (ML).

Eu lembro que eu falei isso lá: O negócio aqui é muito uma idéia. O que vocês pegam mais aqui não é aprender obstetrícia, aprender não sei o que não. É uma idéia, um jeito. Uma proposta de uma abordagem. Isso é o máximo que a gente pode fazer aqui hoje. Mais, não temos jeito (JT).

A parte de formação médica nas várias áreas básicas (incluindo área cirúrgica e urgências) foi efetivamente alcançada. A ampliação do olhar do profissional médico para os aspectos bio-psico-social também. A construção da proposta de formação médica foi iniciada e interrompida. Mas as sementes lançadas neste programa contribuíram para o desenvolvimento de outro que buscou e conseguiu concretizar esta proposta (o Programa de Sete Lagoas) (NM).

A partir do término da Residência em Mariana, iniciou-se, em 1985, um processo para estruturar a Residência em outro município. Depois de um longo processo de seleção, foi escolhido o município de Sete Lagoas/MG, onde a Residência foi implantada com apoio técnico e financeiro da Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Hospitalar do Estado de

⁶⁷ Ver também ANEXOS I, J e K.

Minas Gerais (FHEMIG). Na época foi particularmente importante a atuação do Secretário Adjunto, Dr. Eugênio Vilaça Mendes⁶⁸.

⁶⁸ Eugênio Vilaça Mendes, cirurgião-dentista, fundador do Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUC/Minas, Consultor da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS e representou um elo essencial entre esse Órgão e o Governo brasileiro, com destaque para a produção do Modelo dos Sistemas Locais de Saúde. Autor dos livros *Uma Agenda para a Saúde*, *Distrito Sanitário e Sistemas Locais de Saúde*.

**IV - A APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DA
AI S-H, ANTES DESCRITOS, ÀS
EXPERIÊNCIAS ANALISADAS**

4.1 Em relação ao Murialdo

A Instituição e o instituído

A partir do conceito de Lourau (2004c, p. 71) onde “[...] as instituições são normas. Mas elas incluem [...] também as relações sociais reais [...]. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro [...]”, penso serem duas as instituições em questão: a *formação médica* e o *serviço de saúde*. Ambas se interrelacionaram ao longo de praticamente toda a história do Murialdo. O princípio desta relação ocorreu quando se iniciou, na unidade do Murialdo, o estágio para alunos de graduação em Medicina da UFRGS, conforme descrito a seguir:

Levar alunos do Curso de Graduação em Medicina a conhecerem a comunidade real, [...] era, do ponto de vista pedagógico como de exposição de alunos à realidade médico-social, algo **inedito** por seu caráter Formativo, e tinha por objetivo possibilitar Mudanças de Atitudes nos alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFRGS (BUSNELLO, 2008, p. 2) [Grifo meu].

Apesar deste autor considerar o ineditismo desta proposta, à época este tipo de estágio integrava uma proposta curricular formalizada de educação extra-muros presente em outras faculdades de Medicina em vários Estados.

Em relação aos serviços de saúde

[...] *os postos de saúde daquela época eram as coisas mais **estáticas**, mais ditatoriais, mais distantes da população que podia existir. Os colegas que eram fisiologistas se sentavam atrás de uma mesa pequena, numa salinha, com um vidro que os separava do doente para que eles não pegassem bacilo de tuberculose. Não iam buscar os pacientes, não*

*tinha campanha de vacinação, não tinha levantamento epidemiológico. A medicina de postos de saúde do Brasil atendia **passivamente** a demanda expressa da população [...]. E eram sessenta e poucas pessoas **hierarquicamente** colocadas lá dentro. Todos eram especialistas. Até as vacinadoras eram especialistas. Tinha umas especializadas em vacinas da rotina e uma especializada em vacina de tuberculose – fazia o PPD e depois ir ver se aplicava o BCG. Eram, absolutamente, do ponto de vista do comportamento, pessoas **aristocráticas**, não eram democráticas, e não faziam saúde comunitária. O Brasil fingia que tinha postos de saúde (B) [Grifos meus].*

Nota-se na descrição acima, um serviço de saúde estático, passivo e conservador, sem propensão à mudança, características presentes no *instituído*.

O instituinte

A história do Murialdo apresenta muitos processos instituintes, conforme demonstram a análise das entrevistas, dentre os quais citamos:

1. A introdução da visita domiciliar como atividade médica enfocando a questão “saúde” e não a “doença” como descrito no recorte da entrevista abaixo:

*Nunca tinha visto, nos quatro anos anteriores, uma pessoa sair de dentro do Murialdo, para fazer uma **visita domiciliar**. Há não ser os alunos de graduação da Medicina que passavam por lá, para conhecer a comunidade. Eu dava como obrigação para eles, básico, uma família, a necessidade de visitá-las domiciliarmente e fazer um relatório de todo o atendimento que eles tinham feito para melhorar a **saúde** daquela família (B) [Grifos meus].*

2. A proposta de mudança da formação do médico do “especialismo” para

[...] uma formação integral do médico prático, então o integral não queira dizer só um médico prático entendido em doenças físicas, psicologias e problemas sociais, por exemplo, prevalência enorme do

alcoolismo, gangues de guris que estavam começando a fumar maconha, uso de drogas por crianças, hoje uma explosão (B).

Nota-se que já há uma preocupação com a necessidade de que o médico aborde problemas de cunho social como a dependência química.

3. Mesmo antes da criação da residência do Murialdo, existiu uma clara proposta de mudança da forma de atendimento, passando da atenção médica curativa de doenças para a atenção à saúde e mudando da prática individual à prática em equipe, saindo de um atendimento passivo da clientela para uma atuação ativa através, especialmente, de visitas domiciliares, como ressaltado abaixo:

Tinha que buscar uma atenção personalizada, de médico a paciente, de equipe de saúde, não só para indivíduos, mas para a família e a comunidade. Reforçava muito mais o trabalho conjunto com a comunidade, com participação popular, participação das pessoas, dos profissionais e de pessoas da comunidade juntos (F).

4. A constituição de equipes de trabalho com a compreensão que sua atuação era complexa, em áreas geograficamente delimitadas, possuindo como retaguarda outra equipe constituída por especialistas. Estas constituições lembram as futuras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Criar um zoneamento geográfico na comunidade e dividir em 5 áreas, eram 30.000 habitantes, cada uma com cerca de 6.000 habitantes, pensando a família entre 4 e 6 pessoas, daria umas 1.200 famílias cada uma delas. Tirar as equipes daquela sede onde eles só atendiam a demanda e colocar no centro da comunidade. [...] A equipe tinha dois médicos, quatro auxiliares de saúde em tempo integral, número variado de voluntários, que eram pessoas da comunidade [...] tinham os residentes. [...] Houve uma revolução na forma de trabalhar. [...] Cada posto tinha uma equipe primária, que não era primária, tinha que ser muito sofisticada, tinha que saber física, mental e social os principais problemas da comunidade [...]. O povo daí não vinha mais até a Unidade Central. Nesse período em que fui chefe, abrimos as 5 unidades básicas dentro do seio da comunidade. E no serviço, no centro médico social

ficava o psiquiatra, o cardiologista, o pediatra, o ginecologista que iam ensinar um médico que era generalista (B).

A mesma equipe tinha que atender as mesmas pessoas, a mesma comunidade por um longo tempo para criar vínculo, importante para acompanhar os casos. E para isso é fundamental área geográfica definida. A clientela definida. Isso era muito criticado na época. Não havia nenhum local do País que eu soubesse que trabalhava dessa maneira (F).

5. Estruturação de um serviço de saúde visando ao funcionamento diuturno para o atendimento de rotinas e urgências:

E para manter o sistema como um todo, [...] os cinco postos atendiam de dia, durante todo o dia e para que a comunidade não ficasse desassistida à noite, cada noite havia um revezamento - uma equipe atendia na sede central do Murialdo que não fechava nunca, e faziam plantões noturnos, para casos de mais urgência e para quem não podia ir de dia, e também nos fins de semana, plantões de rodízio. Os postos fechavam à noite e nos fins de semana ficava a sede aberta. Para dar conta da integralidade, continuidade ao atendimento (F).

6. Atribuição às equipes de funções clínicas e de gestão, com a preocupação de criação de vínculo entre os membros da equipe e entre esta e a comunidade:

Equipe de saúde para atender cada setor com base populacional, não só para fazer pesquisa, para planejar um trabalho epidemiológico para ela mas também para manter um vínculo com esta equipe. Planejar o que fazer em cada área, programação epidemiologia e também fazer vínculo com a comunidade (F).

Acho que isso era um exagero [A grade curricular multiprofissional do B]. Por outro lado, criou no Murialdo um espírito de equipe muito forte. Quebrou muito a questão profissional, a briga entre profissões, o Murialdo quebrou muito isso (F).

7. Estruturação de um curso para a capacitação de “agentes de saúde”:

Estes voluntários não eram uma farsa. Todos os anos nós abríamos uma inscrição, fazíamos um curso (B).

8. Criação de um programa de “educação continuada”.

Estabelecer um sistema treinamento permanente [...], de ensino, fortalecendo o espírito de equipe, promovendo os conhecimentos e as atitudes [...]. Nós nos submetíamos a exercícios psicológicos de interação (B).

9. Estruturação do “estágio multiprofissional”.

O estágio se chamou estágio integrado. O aluno de odontologia, ou de farmácia, de serviço social psicologia, ou de veterinária sentavam todos juntos com o de medicina e todos faziam o estudo da zona, ficavam com uma área da zona ou uma subárea, com o médico tal e aí eles faziam a visita domiciliar, tudo igual (B).

10. Os entrevistados falam da necessidade de desenvolvimento de um programa de capacitação para os profissionais de saúde. Conforme demonstram os excertos a seguir.

[...] um programa de residência para profissionais de saúde em geral, particularmente para médicos. E não podíamos chamar de residência porque a residência era um título médico. Então organizamos para assistente social, psicólogos, enfermeiros, etc., um curso de especialização paralelo. Tínhamos 12 vagas para médicos e 12 para outras especialidades (B).

[B] Defendia algo muito polêmico na época: o trabalho multiprofissional, não só o trabalho, mas a formação devia ser multiprofissional (F).

11. A mudança na forma de registro, saindo do prontuário individual com registro somente do médico, para o prontuário da família:

Nós não atendíamos com um cartãozinho de cadastro de cada um. Nós criamos, junto com o Isaac Levin, um prontuário de família, toda a família estava no mesmo prontuário e tinha um perfil da família nele. Os prontuários de família até então eram fichas individuais de cada membro da família colocado dentro de um envelope. Depois de nós, nós tínhamos um estudo biopsicossocial da família (B).

Ele [B] defendia o prontuário de família, ninguém falava nisso na época. Muito polêmico naquela época, porque era a família que ficava com o prontuário. Quem guardava o prontuário era a família. Não havia arquivo no posto. A equipe registrava tudo no prontuário e devolvia à família que o levava para casa (F).

12. Proposição de participação comunitária ativa através da “[...] organização dos Conselhos Comunitários de Saúde da população da área, para avaliação e revisão das atividades do Posto Avançado” (PROJETO, ANEXO L).

A institucionalização

Relembrando, a institucionalização caracteriza-se como “o equilíbrio metaestável, em perpétuo devir, e não “síntese definitiva” (ARDOINO e LOURAU, 2003, p. 25). Em relação à questão da formação multiprofissional, podemos perceber esse processo nos excertos de entrevistas abaixo:

Houve uma necessidade de fazer uma mudança drástica, e nós fizemos isso (B).

Só que ele [B] radicalizou muito com isso, na minha opinião (F).

Na fase do B., ele exagerou no campo. O meu primeiro ano de residência foi na administração do B., depois fiquei dois anos fazendo residência em clínica médica e o meu segundo ano, três anos depois, já foi sob a direção do K., cardiologista, era o oposto, era muito médica. Exagerou ao contrário, ficou muito clínica, as pessoas faziam coisas em separado (F).

Depois, eu fui diretor do Murialdo, eu entrei em 1987-1988 e eu fiquei uns três anos. Recuperei a residência multiprofissional, que estava

parada. Qualificar preceptores. Linha ideológica, mais ligada à APS. Reforcei a idéia de equilibrar campo e núcleo na residência, chamei gente qualificada de outros locais do Estado para ajudar no Murialdo (F).

O programa multi que tinha, não tinha o enfoque de campo e núcleo como a gente separa hoje núcleo e campo. Aí em 2000-2001 se reescreveu o projeto de ensino do programa novo de multiprofissional, que iniciou aí naquele período. [...] convidou esses dois pedagogos que vieram aqui participar do processo de montagem do novo programa (S).

Assim, a um momento de grande “radicalização” se segue outro na direção contrária, até que surge um terceiro movimento que tende a uma “síntese” dos dois anteriores. Este processo se repetiu ao longo dos anos – se fecha um ciclo em 1990 e outro em 2001.

Podemos considerar o processo de institucionalização também em relação à municipalização

Murialdo faz anos que está em crise, por motivos diferentes, crise piora, melhora, 10 anos ou mais de altos e baixos. Era o único serviço assistencial ligado à APS no Estado [RS], todos os outros foram municipalizados. Único que não se municipalizou, permaneceu ligado só a saúde pública, por ser um local de ensino, pesquisa, formação RH, residência. Saiu da delegacia regional de saúde e ficou ligado a outro órgão de saúde pública. Todos os outros municipalizaram. O Estado começou a se dedicar a outras coisas e acabou por abandonar o Murialdo. Anos de disputa, se municipalizava ou não. Só foi municipalizado há um ano e pouco atrás, numa crise terrível. Mas o Município não conseguiu ainda recuperar muita coisa do Murialdo, continua em crise forte (F).

Na verdade não existe um compromisso assumido – vai ser naquele lugar e eu vou prover aquele lugar para que continue sendo. [...] A gente sempre está nessa instabilidade organizacional que nos deixa assim muito apreensivos. Muitas vezes, eu posso te dizer, muitas vezes, nós paramos e dissemos basta, será que nós temos condições de continuar. [...] Será que a residência consegue sobreviver perante todas essas mudanças. E nós estamos vivendo neste momento também uma, uma /// essa crise, vamos dizer, institucional, justamente porque a gente ainda está fazendo essa parceria [...] (K).

Após anos de embate se deveria ou não ocorrer a municipalização, a municipalização se torna o maior motivo de crise institucional, com risco de ocasionar o fim do Murialdo.

A Implicação

Nos trechos de entrevistas abaixo selecionados, pode-se notar uma dificuldade de avaliação por parte de B. em relação à estruturação do modelo do Conceição, ao afirmar que o modelo de criação do Conceição seguiu o modelo do Murialdo, o que é contestado pelo outro entrevistado. Esta dificuldade poderia ser atribuída à implicação afetivo-libidinal visto que B. e G. participaram efetivamente da criação do Murialdo.

A partir do 2º, 3º ano da residência, o G. fui para o Conceição, e o Conceição, com dinheiro federal, do SUS, ele abriu o sistema comunitário do Conceição, mas seguindo o modelo daqui (B).

O G. que criou o Conceição, participou da proposta de residência médica do Murialdo. Queria formar lá no Conceição o médico geral, um bom clínico. Saúde mental, saúde da comunidade era pouco importante. Formação básica no hospital (F).

A Sobreimplicação

Retomando o conceito exposto por Rodrigues *et all* (2005), a sobreimplicação se refere a apenas um único nível de análise ou a um só objeto, impossibilitando a análise de outras dimensões, o que pode ser exemplificado pelo fragmento de entrevista abaixo:

A gente suponha que com a municipalização, a Prefeitura assumisse essa questão da administração das unidades, suprisse com recursos que a gente não conseguia direito do Estado e que a gente ficaria então responsável apenas pelo ensino, vinculados ainda às mesmas unidades,

vinculados ainda ao mesmo trabalho que a gente fazia, mas supondo que a gente ia conseguir suprir as necessidades da UBS, mantê-las funcionando numa condição melhor do que estava e que a gente ia conseguir fazer melhor as nossas tarefas, porque tinha dia que não tinha nem médico para atender, tinha assim várias coisas muito complicadas assim. E a expectativa com a municipalização era que a gente continuaria tendo a residência nos mesmos locais, mas agora com condições de funcionamento melhor sob a gestão do município. Mas isso não aconteceu (S).

Nota-se uma implicação tão intensa com a manutenção da Residência que todo o foco das mobilizações é voltado somente para a municipalização, como se esta fosse a solução de todos os problemas.

Outro conceito que auxilia na compreensão do exposto acima, é o conceito de *Transversalidade*, presente no trecho da entrevista abaixo,

Isso é uma coisa muito difícil da Prefeitura entender. Embora no momento da municipalização, a pessoa que era responsável pela representação da prefeitura na discussão da municipalização tenha se comprometido em manter a residência funcionando (S).

O pouco conhecimento dos reais interesses da Prefeitura, ou seja, o pequeno grau de transversalidade contribuiu para que os propósitos do grupo não fossem alcançados.

Por outro lado, há a proposição de um grupo com alto grau de transversalidade, como exposto a seguir:

Para o B, todos [os profissionais da residência multiprofissional] tinham que saber de tudo. Todos tinham que saber o que era essencial em cada profissão. Ele chamava de cuidados prioritários em saúde, algo assim. Hoje em dia se chama de “campo”. Todos tinham que saber estes cuidados de outros cursos (F).

Ainda em relação à transversalidade, os trechos de entrevistas abaixo caracterizam a sua importância em relação ao grau de autonomia dos grupos.

A gente fica vulnerável também, não é S.?, porque agora há pouco tempo trocou a [...] gerência aqui de saúde, [...], nós tínhamos todo um movimento de tentar sensibilizar a antiga, e quando a coisa tava já dando resultados bons [...] (K).

Ela [a gerente] participava das reuniões de conselhos de ensino, então ela sabia o que estava ocorrendo nas UBS, deliberava a favor da residência, digamos, conhecia os dois lados da situação. E agora a pessoa que entra é uma pessoa que trabalhava numa UBS, assumiu a coordenação disso tudo, mas ela não tem essa noção de como é uma residência [...] (S).

Analisador

Quando os entrevistados foram questionados sobre a questão da diminuição do número de ingressantes na Residência, apareceram várias questões como a valorização profissional, a vinculação profissional estável, a incoerência da política oficial de saúde, como pode ser observado nas transcrições a seguir:

Isso é uma coisa que a gente tem que parar para pensar, tenho refletido muito sobre isso, por que está tendo esse movimento (K).

O mercado não está absorvendo este pessoal com formação (M).

Uma das coisas que a gente discute muito é que os médicos de família /// hoje o maior empregador é a prefeitura, mas os contratos da prefeitura são terceirizados, então aquele regime inseguro. Mesmo que a pessoa tenha motivação para trabalhar, ela tem muita insegurança (S).

[...] aqui no sul, [...] eles não te valorizam o fato de você ter residência, não tem um acréscimo no teu salário, [...] por você ter especialização ou não [K].

[...] no início, a queixa era: nós formamos o médico de família, mas ele não tem onde trabalhar, porque não existia uma estratégia de inserção desse médico na estrutura dos serviços de saúde pública. Daí entrou o PSF na época e aí a gente tinha para onde formar, mas aí não tinham médicos aqui (S).

É mais que uma inversão porque na verdade existe toda uma política nacional de investimento na estratégia, tem campo, tem mercado e a gente não tem agora o profissional, adequado, habilitado (M).

Todas estas questões levantadas se situam ao redor da questão principal que é a possibilidade (e necessidade) da manutenção da própria Residência.

4.2 Em relação ao Conceição

A Instituição / O Instituído / O Instituinte

No caso da experiência do Conceição, é a instituição Grupo Hospitalar Conceição (GHC), constituída por quatro grandes unidades hospitalares, que prestavam serviços de saúde somente nos níveis secundário, terciário e quaternário que “sofre” um processo instituinte, através da inserção em seu interior, de um ambulatório de atenção primária à saúde.

[...] pois na realidade, você pense bem, foi criado um serviço dentro de um hospital terciário. Mudar a visão de uma instituição que atende secundário e terciário para atenção primária, e ter uma unidade lá dentro com esse enfoque, é muito complicado (W).

Esta proposta [de criação de uma unidade de APS dentro do GHC] foi muito combatida pelo corpo clínico do Hospital, que pressionou a Diretoria para que não acontecesse, culminando com a decisão do Corpo Clínico, em reunião onde foi apresentado o projeto de **moção de repúdio** a este iniciativa. Em determinado momento, segundo o relato do Dr. Carlos Grossman que defendeu o projeto na reunião, foi usado a expressão “**câncer a ser extirpado**” para caracterizar a então denominada medicina generalista (LOPES, 2005, p. 19) [grifos do original].

Diferentemente da proposta do Murialdo em relação aos profissionais de nível superior onde médicos generalistas e enfermeiras atuavam na equipe localizada na unidade de APS e os demais profissionais na Unidade Central, no Conceição,

[...] a gente tem a característica de uma clínica bem mais ampliada [...]. A gente tem médicos, enfermeiras em todas as unidades, das profissões de nível superior, tem assistente social em todas as unidades, tem psicólogo em todas as unidades, tem dentista em todas as unidades, tem o matriciamento de nutrição, de farmácia, de psiquiatria e de medicina interna. Nós temos uma pediatra que é ligada ao Hospital da Criança Conceição, que faz supervisão em algumas unidades localizadas [...] (N).

A Institucionalização

O processo de institucionalização do Serviço de Saúde Comunitária do Conceição se estabeleceu, pode-se dizer, entre o embate de forças conservadoras relacionadas à atenção secundária/terciária e a atenção primária à saúde. A premissa inicial era a de incompatibilidade de acolhimento por um grupo hospitalar e seus especialistas de um serviço e profissionais generalistas. A evolução, porém, vem demonstrando que não só foi (e é) possível, como tem se mostrado vantajoso para ambas as partes.

[...] porque tinha uma dificuldade grande, principalmente da categoria médica em aceitar médicos gerais, de família e comunidade como hoje a gente se chama. Não era, foram anos de briga, anos de resistência, e eram poucas pessoas em serviços especializados que nos respeitavam, que nos aceitavam. Era uma briga. Tanto com a instituição - hoje é um mar de rosas -, como com a categoria. Imagina, não sabem nada, são médicos que fazem tudo. Até pela questão técnica, o desrespeito em termos disso (W).

[...] pessoas queriam acabar com o serviço, se livrar do serviço. Teve sempre briga para a manutenção. É para municipalizar, vamos passar tudo para o município. Eu acho que é um serviço caro, no sentido de ///, porque tu multiplica os recursos humanos, o PSF é mais barato. Ter médico, enfermeira e agente de saúde é mais em conta. Mas saúde não se pode pensar nisso. Tem que ser resolutivo (W).

É interessante notar a presença da dicotomia entre as instâncias de saúde, considerando que o GHC pertence majoritariamente ao Ministério da Saúde, ao propor-se a municipalização do SSC. Nota-se também que uma das maiores dificuldades advém do preconceito dos próprios médicos (especialistas) em relação a seus colegas de profissão (generalistas). Este fato é um dos geradores da má remuneração e valorização dos profissionais da APS, presente tanto nas entrevistas do Murialdo como nas do Conceição:

Em Porto Alegre o grande problema é o vínculo que não existe. O vínculo é precário. As pessoas não conseguem se manter, porque ficam inseguros. A gente consegue se manter, temos um vínculo seguro, estável, se não tu não tem vontade (W).

Atualmente, a relação entre o GHC e o SSC é bem maior que a de um simples “acolhimento”, ocorrendo já de certa “dependência”, pois

[...] ao longo do tempo a gente adquiriu uma respeitabilidade que no início não tinha. Hoje, 70% dos protocolos testados e em execução no GHC são oriundos da saúde comunitária (N).

O crescimento quantitativo e qualitativo do SSC fez com que o mesmo se tornasse uma gerência de Saúde Comunitária, abarcando uma ampla gama de programas e projetos.

[...] a gente está constituindo um Centro de Excelência de Pesquisa em APS que vai pesquisar nos próximos cinco anos a hipertensão e diabetes na comunidade. A gente está inaugurando uma coorte de acompanhamento e a gente pretende estudar em um ano e meio, cinco e dez anos. É uma encomenda do MS (N).

Uma coisa interessante da evolução do serviço e da instituição é que há três anos praticamente a gente passou a ser o local prioritário da Universidade Federal de Ciências da Saúde (N).

O processo de institucionalização da residência foi muito diferente da do Murialdo. Embora não tenha se iniciado como residência em MGC, ao longo do tempo se transformou nesta e tornou-se maior e mais bem estruturada que a do Murialdo.

No Murialdo, como o Estado tinha mais dificuldade de contratação e de manutenção dos profissionais porque os salários eram muito baixos, a gente acabava tendo a residência supervisionada por preceptores de especialidades, por pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras, internistas, cirurgiões. E aqui no Conceição, não. A partir de 1984 quem era o preceptor do residente de Família e Comunidade era o médico de Família e Comunidade. Isso foi uma coisa que mudou completamente a história.[...] Nós espalhamos residentes pelo Brasil inteiro (N).

Também, nota-se que o Conceição estruturou um processo de institucionalização “ordinária ou permanente” mais consistente que o Murialdo, pois, ao longo do tempo, diferentemente do Murialdo, sem colocar radicalmente em questão os fundamentos de sua instituição fundadora, a vem transformando, “[...] infletindo suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social [...]” (Savoye, 2007, p. 185), de forma a mantê-la constantemente atualizada.

A Sobreimplicação

No início da implantação do ambulatório de MGC, a vontade de que projeto se estabelecesse fez com que os residentes da época extrapolassem suas funções:

[...] a gente fazia tudo. Não tinha nem secretária. Os residentes faziam a parte médica, a parte de enfermagem, a parte de secretariado. Tinha uma auxiliar de enfermagem e a residência (W).

Apesar do Conceição ter inovado em muitas áreas, em relação ao exposto por LOPES, que o serviço de APS do GHC

[...] introduzia conceitos inovadores como: territorialização, adscrição de clientela, participação da população, trabalho comunitário, uso da consultoria (referência e contra-referência), assistência domiciliar, trabalho em equipe, dentre outros (LOPES, 2005, p. 19).

Considero que estes conceitos foram introduzidos pelo Murialdo, quando da estruturação do Programa de Saúde Comunitária em 1974. Este texto acima se encontra na dissertação de mestrado do autor que é ex-residente do Conceição, na qual analisa a produção do cuidado no Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Penso que estas circunstâncias podem ter ocasionado a sobrevalorização da informação acima citada.

4.3 Em relação à Mariana

Instituição / instituinte / instituído

As instituições/instituídos que inicialmente abrigaram, foram as mesmas que extinguiram a residência de Mariana: a *Igreja* representada pelo Hospital Monsenhor Horta, através da direção de um cônego e a administração de irmãs de caridade, e o *Estado*, representado pela Prefeitura Municipal através do prefeito.

A residência aparece como uma proposta instituinte.

Como ainda não existia o SUS nem a proposta concreta de equipe de saúde multiprofissional aquele serviço era bastante avançado para a época por oferecer assistência médica gratuita e de boa qualidade. Mas

sem dúvida deixava a desejar nos aspectos de prevenção e de abordagem coletiva dos problemas de saúde (NM).

[...] Mariana foi, era um espaço que a gente tinha, o pessoal novo querendo fazer alguma coisa ali dentro do Hospital, inclusive, quando questionamos, quando intervinha e questionava o sistema ali, os papos puxados e os médicos, colegas nossos, tinham dificuldade de manter, não é, de sustentar aquilo lá (ML).

Quando entrei (julho de 1983) a Residência era uma proposta inovadora de formação médica em medicina geral, basicamente hospitalar. Os atores principais eram o Corpo Clínico do Hospital de Mariana (em especial os médicos moradores da cidade, que assumiam a função de preceptores), o grupo de residentes (R1 e R2) e a direção do Hospital (composta por religiosos). Foi nesta época que se fez um convênio entre o Hospital e a Prefeitura Municipal de Mariana para viabilizar “estágios” em ambulatórios da cidade e posteriormente em ambulatórios de área rural nos diversos distritos da cidade. Então entrou um ator bem importante neste momento: A Prefeitura, e mais especificamente, o prefeito João Ramos (assassinado em 2008) (NM).

Institucionalização

No início do processo, enquanto a Residência era “estritamente” hospitalar, o nível de tensão entre o “instituído” e o “instituinte” era “baixo, suportável”. A partir do estabelecimento do convênio com a Prefeitura que possibilitou a introdução dos ambulatórios na atuação dos residentes, o nível de tensão aumentou gradativamente. Este, agregado ao credenciamento da Residência pela Comissão Nacional de Residência Médica e o financiamento das bolsas pelo INAMPS com o consequente possível aumento de autonomia do programa de residência, ocasionaram a sua extinção.

Ao longo do tempo, a residência que era apenas um campo de aperfeiçoamento profissional para médicos no aspecto técnico tradicional, passou a ter um caráter de espaço de formação de um profissional do grande campo da saúde pública (hoje chamada de Saúde Coletiva). O foco inicial eram atividades hospitalares e gradativamente o foco passou para atividades ambulatoriais. No campo teórico havia um outro foco que eram as atividades de saúde pública, que deveriam

envolver planejamento e gerenciamento de serviços de saúde, vigilância epidemiológica e ciências sociais (NM).

Então o que a gente tinha era uma inserção dentro da comunidade, entender perfeitamente o indivíduo como membro de uma comunidade, não raciocinar de outra forma. Não ter aquela visão biológica, todo mundo já fugia dessa visão do cara como ser biológico. Mas além de ser social você também está integrado naquela sociedade onde ele tava, conhecer aquilo e estar atuando lá dentro (JT).

A atuação dos residentes de forma crítica a alguns aspectos da Residência, em especial à figura do Cônego, diretor do Hospital e ao Prefeito de Mariana, gerou atritos e provocou uma reação contrária ao Programa de Residência por parte dos mesmos. O grupo de preceptores não conseguiu modificar o rumo desta questão. Simultaneamente o Programa crescia em qualidade e se estruturava, obtendo a aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica ao seu funcionamento. Todo o processo de credenciamento contou participação direta do grupo de Residentes que foram a Brasília e se mobilizaram para este fim. Pouco depois do credenciamento, devido aos conflitos que aumentaram ao longo do tempo, o Prefeito e o diretor do Hospital decidiram extinguir o Programa de Residência (NM).

[...] a gente queria que o poder acreditasse na gente [risos]. A gente fazia tudo pra instituição acreditar na gente e nos incorporar. Hoje a instituição está muito mais forte do que as vontades [...] (ML).

Implicação

A vinculação político partidária estava presente, embasando todas as ações desenvolvidas. A atuação na saúde era o meio possível de articulação política.

Éh, parece que houve isso, não é, o discurso mudou de lado. Agora ele é um discurso institucional, esse discurso do atendimento comunitário, vamos dizer assim, de medicina de família. A medicina de família é discurso oficial, naquela época era o contrário, dele se tornar oficial. [...] Ele era uma alternativa que a gente buscava e claro que tinha, que tinha o caráter político, não é, era o espaço que a gente tinha de discussão de fato, de contato com o povo, de fazer a nossa política (ML).

Havia um comportamento de rebeldia por parte dos residentes, característico da época histórica (1984 foi o ano das Diretas Já), que em alguns momentos provocou o acirramento das tensões nas relações entre

residentes e corpo clínico, entre residentes e religiosas que trabalhavam no Hospital e, principalmente, entre a direção do Hospital e entre o Prefeito. Este último era uma pessoa envolvida em muitas controvérsias (tinha fama de violento e de envolvimento com atividades de corrupção) (NM).

Sobreimplicação

O extrato de entrevista abaixo exemplifica a sobre-implicação enquanto sobre-trabalho onde a implicação com a ideologia pretere qualquer outra questão:

[...] o que nós fizemos em Mariana: começamos a fazer trabalhos nos distritos. Isso foi uma coisa muito interessante. [...] A gente estava desenvolvendo um atendimento semanal em cada um dos distritos. Pegamos Cachoeira do Brumado como modelo. A gente ia no meu Corcel, estourei o Corcel todo, quebrei o carro todo. Era quarta-feira. Quarta-feira a tarde eu saía, punha o pessoal todo no carro e ia lá para Cachoeira do Brumado. Às vezes eu ficava, às vezes eu voltava para Mariana, tinha que trabalhar e depois eu voltava para pegar o pessoal. A Prefeitura não dava apoio nenhum. [...] É uma idéia, um jeito. Uma proposta de uma abordagem. Isso é o máximo que a gente pode fazer aqui hoje, mais não temos jeito (JT).

Analísadores

Podemos considerar como analisadores históricos a Igreja e o Estado na medida em que são eles que se uniram tanto para apoiar o início como para decretar o fim da Residência, ao perceberem uma “ameaça” aos seus status de “poder e segurança social”. Ambos foram os motivadores das reflexões e dos embates teóricos, interferindo, inclusive, na “vida social” dos residentes.

Ao longo do tempo também ocorreram atividades de integração no lazer com diversos outros atores sociais (pessoas da comunidade/região vinculadas ou não ao processo pedagógico). Estas atividades também traziam euforia e entusiasmo fortalecendo o grupo. Por outro lado algumas destas atividades festivas provocavam grande irritação em setores mais conservadores do Hospital, de parte do corpo clínico e de membros da sociedade devido à ‘excessiva’ integração com pessoas de diferentes extratos sociais, alguns deles excluídos do ponto de vista social. Isto, na prática, funcionava como um fermento para os atritos entre estes setores e os residentes. [...] Havia também atitudes de rebeldia, características da fase histórica e acentuadas pela forma autoritária que a direção do Hospital e a Prefeitura conduziam a Residência (NM).

À época, 1984, vivia-se uma conjuntura social e política de “abertura democrática” que se contrapunha radicalmente à postura “autoritária” com que a Igreja e o Estado atuavam em Mariana.

4.4 Em relação à gênese teórica e social da Medicina Geral Comunitária

Em relação à criação do Murialdo, um de seus fundadores em entrevista para esta tese, relatou que

Houve um livro que foi famoso “A Saúde feita pelo povo” – “Health by the people” onde apareceram vários modelos - Zâmbia, enfim, africanos, leste da Ásia, Holanda, Inglaterra, mostrando como era a medicina comunitária com população definida. O que nós fizemos lá foi introduzir isso. Não copiando modelo de ninguém. [...] Foi o que eu aprendi na Hopkins sobre medicina comunitária, sobre os livros editados pela OMS, [...]. Foi o primeiro posto de saúde que se chamava posto de atenção primária, posto de cuidados primários (B).

Mello et al (2009) em artigo intitulado “Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais” descreve que

Duas outras importantes publicações também surgem em 1975: “Health by the People”, editado por Kenneth Newell (NEWELL, 1975), [...], e “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”, um estudo conjunto entre UNICEF e OMS; nos quais são descritos projetos alternativos de assistência à saúde em diferentes partes do globo, associando definitivamente a identidade da APS como projeto de desenvolvimento social com base comunitária. [...] Destas, três experiências locais oriundas da Indonésia, Índia e Guatemala, e outras três em nível nacional, Tanzânia, China e Cuba, balizaram as discussões que antecederam Alma-Ata (CUETO, 2004; LITSIOS, 2004) (MELLO, 2009, p. 206).

A proximidade entre estas duas citações permite considerar que a experiência do Murialdo teve também como gênese teórica, a Atenção Primária à Saúde (APS).

Corroborando o exposto acima, no Murialdo se exercia

[...] participação em reuniões comunitárias, trabalho conjunto com voluntários de saúde, levantamento das necessidades de saúde e dos recursos da área. O primeiro acordo na Vila Vargas foi fechar 5 poços de água absolutamente infectados [...] Evidente, eu não gosto de gente morrendo por diarreia, por tóxico-infecção alimentar. Então acho que fizemos um progresso, fechamos os poços (B).

Atividades presentes na APS, diferenciando-o da prestação de serviços básicos de saúde, na medida em que,

Em geral, “serviços básicos de saúde” passaram a ser vistos como intervenções restritas que não incorporam elementos como abastecimento de água potável, saneamento e alimentação ao campo da saúde (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986) (MELLO, 2009, p. 207).

Ainda, Starfield (2002) estrutura a APS em torno de quatro princípios – primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, tanto no plano individual,

quanto no coletivo. Estes princípios se encontram presentes no “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária - Documento de trabalho”, de 1974/1975 (ANEXO I), onde constam, entre outras, as seguintes propostas:

- Implantação de Equipes Primárias compostas por Médicos de Comunidade, Auxiliares de Saúde e Voluntários de Saúde da própria comunidade.
- Reorganização das Equipes Especializadas com ênfase na consultoria às Equipes Primárias.
- Transferência das Equipes Primárias para Postos Avançados no seio da comunidade.
- Primeiro contato do paciente com o sistema de saúde.
- Encaminhamento, controle e coordenação dos serviços especializados que venham a ser necessários (10% da demanda, aproximadamente).
- Avaliação com o paciente e a comunidade dos resultados dos serviços recebidos e planejamento conjunto das atividades de saúde.

Reforça-se, assim, que a gênese teórica encontra-se na Atenção Primária à Saúde, antes mesmo deste termo ter sido oficializado na Conferência de Alma-Ata em 1978.

Em relação à denominação, na literatura consultada foram encontradas citações onde os termos Saúde Comunitária, Saúde da Comunidade, Medicina Comunitária, Medicina Geral Comunitária, Medicina de Comunidade, Medicina de Família, foram considerados ora sinônimos, ora representando movimentos diferentes conceitual e praticamente.

A maioria dos entrevistados considerou que MGC e MF eram expressões semelhantes, se não sinônimas. Apenas em uma entrevista foi citada a existência de uma diferença, embora não houvesse lembrança de seu conteúdo/teor.

Ia sair da faculdade e ia tentar as alternativas da saúde pública, da saúde da comunidade, a medicina da comunidade, que era o nome. Depois vem até uma discussão, uma controvérsia com esse nome. [...] E aí vem essa outra discussão, eu lembro que havia uma certa /// que era mesma coisa, mas não era mesma coisa, que começa da saúde comunitária, não é. porque o início dela a gente pensava era medicina comunitária, era uma coisa bem ///, era médica e aí ela amplia, modifica, não é. Aí vem com a história da saúde da comunidade /// [...] essa

discussão ela era muito entremeada essa discussão, existia sim, e de fato a origem disso daí era /// quer dizer, eu acredito que tinha essa visão americana aí da coisa, mas tinha esse mais avançado, essa transposição, porque no outro era uma proposta acrítica, não é, e no outro era uma proposta crítica. Então você faria com participação popular, discutindo na própria comunidade (ML).

Apesar da pouca lembrança, uma diferença se encontra na presença ou ausência de uma visão crítica e na participação efetiva da comunidade.

Interessante que alguns dos entrevistados que relataram a não existência de diferença estiveram presentes no I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária onde esta diferença foi afirmada, fazendo parte do Relatório Final do mesmo.

A Medicina de Família centra sua atuação sob o núcleo familiar, que se constitui seu objeto de trabalho, e embora em alguns momentos suas técnicas sejam confluentes com a prática da Medicina Geral Comunitária, mantém uma tendência nitidamente privatizante, atuando de forma conservadora no campo do social, por apresentar uma compreensão restrita do macro sistema, prejudicando sua ação transformadora, o que a distancia da Medicina Geral Comunitária na sua concepção atual, portanto, a distinção entre Medicina Geral Comunitária e Medicina de Família se fundamenta nas diferenças das práticas sociais, que tornam seus objetivos divergentes (I CBMGC, Relatório Final, ANEXO D).

[...] a proposta de medicina comunitária/medicina de família estava no início de sua construção teórica (NM).

Em relação à gênese social, as experiências analisadas – Murialdo, Conceição e Mariana iniciaram suas atividades num momento histórico localizado entre o fim de um período de repressão político-social e o início da abertura democrática.

O grupo que iniciou o Murialdo/Conceição era de médicos de classe média/alta, de grande visibilidade e competência profissional e ótimas relações sociais, com amizades nos meios políticos e empresariais. Em Mariana, o grupo fundador também apresentava estas características em relação à questão profissional com diferença em relação às relações sociais, especificamente às questões sindicais e políticas, onde atuavam expressivamente.

Todos os grupos tinham forte vinculação a grandes hospitais e instituições de ensino, e visavam a excelência da formação profissional em saúde.

O C.G. negociou com a cooperativa de Cotri-Juí e eu negocieei com o Dr. Luiz Otávio Veira, que era um industrialista aqui de um curtume que dirigia o Centro das Indústrias, a FIERGS (B).

[...] o Célio de Castro era uma referência de médico clínico, não é, bem formado e tudo e político. [...] eles colocam a importância de estar nas entidades de classe, trazendo essa discussão pra dentro do Sindicato, CRM, da Associação Médica e nós tivemos vários embates [...] (ML).

Apesar de algumas semelhanças, a gênese social da MGC, em relação às experiências investigadas, pode ser subdividida em duas linhas.

A primeira, relacionada às experiências do Murialdo e do Conceição, estão vinculadas a uma ideologia não partidária. Em ambas havia (e ainda há) uma grande preocupação com a excelência da formação multiprofissional em saúde. O início de ambas está estreitamente vinculado a pessoas específicas cuja atuação para a implantação dos “programas” foi determinante, sendo reconhecidas até o presente. A motivação para a implantação do Murialdo encontrava-se no desejo de melhoria das condições de saúde de uma população pouco assistida em um bairro da periferia de Porto Alegre/RS.

O Murialdo tinha que atrair os médicos mais colocados ao pensamento da obrigação social da Medicina, e eu era um deles e não era filiado a partido nenhum (B).

Já que tu vens com estas perguntas sobre que modelos nós seguimos, o que era, a que partido nós éramos filiados. Estava filiado desde que me formei ao partido da saúde. [...] eu não me filiei a nenhum partido político. [...] E não acho que tenha tido um partido que tenha feito melhor que o outro (B).

A segunda, relacionada à experiência de Mariana, estava vinculada a uma estratégia de mudança de modelo político-organizacional, tendo como ideologia a linha dos partidos

“de esquerda”, entre os quais o Partido Comunista Brasileiro (PCB) também conhecido como o “Partidão”, à época na clandestinidade.

Primeiro a gente viveu a época do regime militar, onde digamos assim, o pessoal, a esquerda se dividia, o PCdoB tinha ido para a guerrilha e o Partidão tava aqui na cidade, trabalhava no mais legal [risos]. Ele [o discurso do atendimento comunitário] era uma alternativa que a gente buscava /// e claro que tinha, que tinha o caráter político, não é, era o espaço que a gente tinha de discussão de fato, de contato com o povo, de fazer a nossa política /// (ML).

A diversidade apresentada por estas experiências analisadas inferem a existência de muitos modelos de Medicina (Geral) Comunitária, estimulando a ampliação de pesquisas nesta área.

Uma situação que chamou a atenção em várias entrevistas foi a da diminuição da procura pela residência. Embora esta situação tenha sido relatada no fim da década de 80 por Bordin e Silva. Segundo os autores,

O número de programas e de vagas de residência médica em Medicina Geral Comunitária depois de seu ápice em 1984 (13 programas) veio diminuindo constantemente. Assim, em 1987 havia 9 programas e a média de residentes formados por ano caiu de 24,8 no período de 1976 a 1982 para 19 no período de 1983 a 1986 (BORDIN e SILVA, 1989, p. 35).

Esperava-se que após a implantação do SUS/PSF no início dos anos 2000, como um potencial empregador, essa tendência de queda se modificasse. Porém este não foi o relato dos entrevistados:

O Conceição, [...] chegou a ser a melhor do Brasil, com muita gente qualificada, até o Conceição, tinha, sei lá, umas 20 vagas, só 6 completaram, [...]. Então não foi um fenômeno do Murialdo só. A procura pelas residências em Porto Alegre reduziu imensamente nos

últimos tempos. [... as causas?] São várias coisas, mas a principal acho que é bem clara. O PSF está pagando muito dinheiro, para quem quiser ir. Até nas capitais e muito mais no interior, mas não exige nada. [...] ninguém quer uma bolsinha de residência, mixuruca, por dois anos apenas. Preferem ir para o PSF, ganhar dinheiro, fazer um pé de meia (F).

Acho que a partir de 2004 começou a reduzir. [...] O mercado não está absorvendo este pessoal com formação (M).

E mesmo assim, aqui no sul, eles não valorizam, não se diferenciam, por exemplo, eles não te valorizam o fato de você ter residência, [...] (K).

Teve uma questão, quando começou a implantação do programa, [...] a queixa era: nós formamos o médico de família, mas ele não tem onde trabalhar, porque não existia uma estratégia de inserção desse médico na estrutura dos serviços de saúde pública. Daí entrou o PSF na época e aí a gente tinha para onde formar, mas aí não tinham médicos aqui (S).

É mais que uma inversão porque na verdade existe toda uma política nacional de investimento na estratégia, tem campo, tem mercado e a gente não tem agora o profissional, adequado, habilitado (M).

Penso que esta preocupação com a redução da procura pelas residências tem como base a própria manutenção do programa, especificamente no caso do Murialdo, e também a manutenção da qualidade da formação do médico “generalista”, com perfil adequado às necessidades da Atenção Primária à Saúde.

Outra questão que se destacou em algumas entrevistas foi a da participação comunitária,

Eu acho que nesse momento o que nos ajudaria muito seria a própria população se mobilizar para chamar de volta o atendimento que ela tinha anteriormente. Porque, talvez falte um pouco de estímulo para eles correrem atrás. [...] Então, ainda nesse processo de municipalização que a gente passou e está passando, a própria comunidade veja, fico imaginando o quanto eles suportam essas dificuldades. Eles passaram de ter um atendimento de excelência onde você tinha multiprofissionais atendendo e depois, de repente, não ter mais. Tudo quebrado, tudo /// desestruturado. E eles são muito calmos na minha opinião. Eles são muito pouco ligados. [...] Quando eles fazem as mobilizações sociais internas à comunidade, quando a comunidade se mobiliza, tem muito mais efeito, com certeza, que só nós aqui gritando por socorro, [...] (K).

Talvez era muito crítica porque no momento facilitava, apesar da repressão o debate era mais vivo. Hoje assim /// em termos de dificuldade que a gente tinha de fazer algumas coisas que hoje não tem, então esse debate não acontece. Então, acho que existia um /// Empobreceu. Acho que empobreceu. Era quase um desafio /// você tinha que provar toda hora que tava fazendo certo, que aquilo não era brincadeira. Hoje não é assim mais. [...] (ML).

Corroborando a argumentação de Werner e Sanders (1997) de que “[...] a institucionalização da participação comunitária serviu essencialmente para minar a força dos movimentos populares” (MELLO, 2009, p. 210).

A minha experiência pessoal em relação a Conselhos Municipais de Saúde é a de que o seu funcionamento encontra-se muito distante do objetivo para o qual foi criado – o efetivo controle social das ações de saúde.

Mediante o exposto, concluímos este capítulo afirmando que as experiências analisadas apresentam vários pontos em comum, relacionados ao objetivo geral de melhorar a saúde das populações de sua abrangência. Porém, apresentaram muitas diferenças, em especial em relação às formas de atuação e às ideologias subjacentes a este objetivo comum.

Apresento a seguir as considerações finais do estudo.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior riqueza do homem é a sua incompletude.

Manoel de Barros

Inicialmente cabe retomar a questão da minha implicação com a MGC e, portanto, com a realização desta tese. Embora tenha procurado durante todo o percurso da pesquisa e da escrita colocar em análise esta minha implicação, creio que, por definição, isto não foi integralmente possível de ser alcançado. Relativizando estas considerações, busco apoio em Michel Foucault, quando afirma que

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 1979, p. 12).

No intuito de validar a análise efetuada, esta tese foi encaminhada aos entrevistados para apreciação, como referido anteriormente. A intenção era a de incorporar a esta versão final da tese o retorno dos participantes sobre a análise dos dados, servindo, assim, para diminuir a distância entre pesquisa e campo. Para o pesquisador significaria a possibilidade de compreender melhor os fatos, em vez de julgá-los apenas à luz de suas crenças. Nessa perspectiva, os entrevistados não são vistos como informantes passivos para a investigação que se tornam posteriormente consumidores dos resultados da pesquisa, mas como aqueles que participam ativamente da investigação e “coautores” das análises. Tal procedimento baseia-se no conceito de restituição ou devolução, um dos princípios da AI, tomado emprestado, conforma afirma Barembritt (1984) dos inovadores da pesquisa educacional

(Dewey, Freire, entre outros). Ocorreu, porém, que nenhum dos entrevistados retornou qualquer comentário sobre a mesma.

A trajetória da Medicina Geral Comunitária apresenta grande diversidade de orientações seja no âmbito teórico, no da formação de recursos humanos, ou no âmbito político/ideológico de sua inserção social.

Os programas analisados, apesar da distância entre Porto Alegre e Mariana, apresentam características muito próximas no âmbito da formação, como o deslocamento dos residentes para atender a uma população de uma área de abrangência específica, a busca da excelência na formação nas áreas clínicas básicas e na área social.

No âmbito político/ideológico são visivelmente distantes. Os idealizadores e os precursores da residência de Mariana tinham forte vinculação aos partidos da chamada esquerda e tinham a formação médica como uma das possibilidades de intervenção social, de espectro mais amplo que o da saúde. O Murialdo e o Conceição, por outro lado, tinham como foco principal a formação de recursos humanos para a resolução de problemas de saúde – a vinculação ou ideologia partidária não era um determinante.

Todos os programas apresentaram grandes momentos instituintes, interferindo diretamente na modificação da forma e do conteúdo da formação de especialistas em saúde/medicina comunitária.

Em relação à institucionalização, o Murialdo e, em especial, o Conceição, conseguiram permanecer no tempo, diferentemente ao ocorrido com a residência de Mariana. Neste aspecto, o Conceição difere também do Murialdo na medida em que procurou ampliar suas linhas de atuação, “penetrando” estrategicamente, no meio que lhe fazia maior oposição – os setores secundário e terciário do Grupo Hospitalar Conceição.

Em função da citação por vários dos entrevistados dos diferentes programas analisados de atores em comum, relevantes para o movimento de MGC, penso na existência de uma rede informal voltada à implantação desse movimento, como por exemplo, a vinculação ao PCB e a outros partidos de “esquerda”.

A experiência acumulada pelo Murialdo demonstra a dificuldade de equilíbrio entre a formação de recursos humanos para a saúde com treinamento em serviço e as demandas por assistência no setor público, a ponto de, em alguns momentos, serem antagônicas.

A consideração de que o modelo de MGC analisado se encontra fundamentado na APS e não na atenção básica e face ao exposto por Mello (2009, p. 210), de que

No Brasil, Donnangelo (1979) via as iniciativas ligadas aos programas de medicina comunitária como uma estratégia de extensão de práticas medicalizantes, num exercício mais amplo de auxílio no controle de tensões sociais e manutenção da força de trabalho. Duas décadas depois, Merhy (2002) considerou que a tradução dos ideais da APS, no Brasil, manteve-se dentro da perspectiva de uma AB reformista, também com tendência medicalizante e geradora de dependência. Conill (2008), avaliando a questão mais recentemente, observou que se num primeiro momento a reorientação da AB pelo Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizada de maneira “vertical” e “seletiva”, sua evolução política a teria aproximado dos conceitos originais da APS.

E ainda, quando este mesmo autor considera

Interessante também é que Sidney Kark já utilizava o conceito de APS anos antes de Alma-Ata, numa visão abrangente de saúde da comunidade, incluindo a medicina comunitária dentre suas práticas (KARK, 1974), muito próxima do que hoje se **idealiza**, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família (MELLO, 2009, p. 208-9) [Grifo meu].

Aproxima os modelos de MGC analisados da “visão abrangente de saúde da comunidade” que “se idealiza, por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família” (ESF), considerando ainda que tanto a experiência do Murialdo e, em especial, a do Conceição apresentam características peculiares, adaptadas às necessidades das comunidades onde atuam. Esta característica difere essencialmente da “[...] pretensa homogeneidade conceitual e ideológica, quase dogmática, responsável por inibir as possibilidades de variação nos arranjos assistenciais do PSF, tão necessárias às singularidades locais de um país continental (MELLO, 2009, p. 211).

Não sendo esta uma aproximação espúria, creio ser importante o aprofundamento da análise destas e de outras experiências que tenham como gênese teórica a APS no intuito de subsidiar a “completa” efetivação da prática da APS no SUS, através da consolidação da “passagem” do PSF para a ESF.

Penso ser esta questão não apenas semântica, mas essencialmente conceitual e política, pois dizem respeito às diferenças entre programa e estratégia. No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (1993, p. 353), entre as acepções para *programa* encontra-se “1. Plano de execução; projeto. 2. Cronograma. Ciber. Descrição da seqüência, do ciclo, das operações que uma máquina qualquer deve efetuar.”

Em relação ao conceito de *estratégia*, Baremblytt (1992, p. 172) afirma que esta é a

decisão quanto à forma de intervenção. É uma sistematização de metas a serem alcançadas e o planejamento da progressão das manobras, a previsão do curso, as alternativas viáveis, os avanços esperados, os possíveis retrocessos, etc.

Embora programa e estratégias apresentem definições aproximáveis, o que fundamentalmente as difere é que na estratégia fica explícita a questão do poder quanto à tomada de decisão, o que não ocorre no programa. Ou seja, a estratégia antecede ao programa e lhe é soberana. Assim, do ponto de vista da gestão, penso ser esta diferença fundamental, pois dentro do Programa de Saúde da Família a decisão encontra-se muito mais distante da equipe e da comunidade que dentro da Estratégia de Saúde da Família. Creio que a “decisão quanto à forma de intervenção” deva ser, a priori, das equipes de saúde da família (EqSF) em conformidade com a comunidade onde se encontra incluída, que, em tese, são as que melhor conhecem o território e as condições que melhor otimizariam tal intervenção, concordando assim, com a afirmação de que

A capacidade do emprego adequado da saúde como instrumento dependerá menos da capacidade técnica dos agentes, mas sim de sua capacidade política. E, naturalmente, a eficácia desta ação será tanto maior quanto mais intensamente estejam se dando os movimentos de articulação e mobilização no conjunto da sociedade (NORONHA e TRAVASSOS, 1981, p. 19).

Ao contrário do esperado, “[...] apesar de estar implantado há cerca de nove anos no país e se tratar de um mercado de trabalho emergente, o PSF não conseguiu ainda sensibilizar os médicos recém-formados a direcionar sua formação e treinamento para a área geral (DEL CIAMPO, 2003, p. 201). Ao contrário, de acordo com as entrevistas, o PSF tem prestado um “desserviço” à especialização, na medida em que não valoriza em seus quadros os profissionais com formação específica, atuando como “escada” para profissionais recém-formados adquirirem condição de, após uma breve passagem pelo PSF, cursar uma especialização mais bem valorizada socialmente, quer pelos próprios profissionais quer pela população.

Segundo uma das entrevistadas, pessoas que participaram da fundação das experiências do Murialdo e do Conceição como, por exemplo, “[...] *o Airton Stein, junto com o [Carlos] Grossman, trabalharam em Brasília para criar o PSF para o Brasil [...]* (W). É interessante notar, a partir desta informação e de muitas características em comum, que pouca ou nenhuma citação à Medicina Comunitária se vê nos textos oficiais que abordam a origem do PSF. Seria em função da questão da participação comunitária ativa? Pois,

Em agosto de 1980, em versão de circulação restrita, o ante-projeto do Prev-Saúde traçava as seguintes principais diretrizes básicas: 1. [...]; 2. Participação comunitária, que deveria estar presente em todos os processos sociais, políticos e econômicos. [...] Logo em seguida, em setembro de 1980, os Ministérios da Saúde e da Previdência, distribuíam, para receber sugestões, um texto do Prev-saúde completamente descaracterizado [...] Afastava-se a possibilidade de participação comunitária (MELLO, 1981, p. 25-26).

Considero, pois, que processos desenvolvidos pela MGC encontram-se presentes na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais que isso, podem auxiliar, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um maior cumprimento dos princípios do SUS pelas equipes de saúde da família (EqSF).

Neste sentido, a proposta da análise institucional na vertente sócio-histórica proposta por Savoye (1988, 2003 e 2007) por fundamentar-se na necessidade de ampliação

do conhecimento acerca de fatos no passado, mas que ainda possuem repercussão no presente, apresenta-se como uma das abordagens adequadas a novas pesquisas desta natureza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o exercício da Pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2007. 27(4): 648-63.

Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. *Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade*. 2005. Disponível em <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n1/FamiliaComun.pdf> Acesso em 25.08.08

Andrade MGG. *O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia*. [Tese – doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1995.

Ardoino J, Lourau R. *As pedagogias institucionais*. São Carlos: RiMa, 2003. 105p

Barbier R. O conceito de Implicação na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. In: Barbier R. *Pesquisa-Ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, Zahar, 1985, pp.105-28.

Baremblytt G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1992. 204p.

Belmartino S. Contribuciones al debate metodológico em salud. [Editorial]. *Salud Colectiva*. 2008 4(2):125-31.

Bordin R, Silva JO. *Medicina Geral Comunitária: novos rumos?* *R Bras Educ Méd*. 1988 jan./abr, 12(1):24-6.

Bordin R, Silva JO. Análise crítica dos programas de residência médica em Medicina Geral Comunitária. *Revista HCPA*. 1989, 9(1):34-9.

Busnello ED, Lewin I, Ruschel SP, Bradley P. *Projeto de um sistema de saúde comunitária: documento de trabalho*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Outubro de 1974/Abril de 1975. [Datilografado].

Busnello ED. Discurso proferido no 9º congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza/CE, maio/2008.

Campos FE de; Belisario SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)*: 5(9). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414> Acesso em: 22 de ago. 2001. Available from <-32832001000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Aug. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832001000200009.

Cardoso MHA. A História e a Medicina: os signos e os sinais. In: Minayo MCS, Deslandes SF (org.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

Cebes-Campinas. Atenção primária à Saúde. *Rev Saúde em Debate*. 1980 Jan/Fev/Mar, 9:14-20.

Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, I. Sete Lagoas, 1986.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 set. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300002.

Costa H. Apresentação. In: *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004:9. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8)

Cruz JB, Guangirolli HC, Rodrigues MCS, Dorsch RG, Beato RB. Transmissão cultural e saúde: o lugar de um programa de medicina comunitária. *R Bras Educ Méd*. 1985 maio/ago, 9(2):95-99,.

Declaração de Petrópolis, 1981.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC. Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um programa de formação de médicos generalistas. RBEM 2003, 27(3):200-4.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ.(org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120

Dicionário da Língua Portuguesa. Larousse Cultural. Nova Cultural, São Paulo, 1993.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. Livraria Duas Cidades. São Paulo, 1976. 124p.

Edler F, Fonseca MRF. A crise da educação médica na segunda metade do século XX. Cadernos da ABEM. 2006 Junho, 2:21-2. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/crise_educacao_medica.pdf> Acesso em 10.12.2010.

Fajardo AP. (org). Residência Integrada em Saúde. RIS/GHC. 2010. Turma 2010. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição. 58p.

Fajardo AP, Pasini VL, Schmidt MH. Residência integrada em saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In.: Fajardo, AP; Rocha CMF, Pasini VL (org.). Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260p.

Falk JW. A medicina de família e comunidade sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2004 abr, 1: 5-10.

Falk JW. SMMFC: história. Disponível em <<http://www.sbmfc.org.br/sbmfc/historia.aspx>> Acesso em 02.09.2009.

Geertz C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989, p.8-41.

- Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.
- Gregolin MRV. Discurso, história e a produção de identidades na mídia. Disponível em <http://us.share.geocities.com/gt_ad/mariadorosariogregolin.doc> Acesso em 05.07.2009.
- Grossman C, Lewin I, Ruschel SP, Busnello ED. Programa de residência em Saúde Comunitária: documento de trabalho. Porto Alegre/RS. Abril de 1975. [Datilografado].
- Guattari F. A transversalidade. In: Guattari F. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. 3ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1987, p. 88-105.
- Haguete TMF. Metodologia qualitativa em sociologia. 11ª Ed. Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro: 2007. 164p.
- L'Abbate S. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In.: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. (org.). Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos Olhares. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas-SP, 2005. p.235-246.
- L'Abbate S. O Analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues HBC, ALTOÉ S.(org.). Análise Institucional. São Paulo:HUCITEC. 2004. p. 79-99. Saúde Loucura n. 8.
- L'Abbate S. Conceito de Analisador. Textos de apoio às aulas de pós-graduação - Texto IV. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. Campinas, 2007. 4p.
- L'Abbate S. Direito à Saúde: discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo, Hucitec, 2009.
- L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. [online]. 2003, 8(1) [citado 02 Abril 2005], p.265-274. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 Abril 2008. ISSN 1413-8123.

- Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- Lourau R. Implicação e Sobreimplicação. In: Altoé S. (org.) René Lourau. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 186-198.
- Lourau R. Implicação: um novo paradigma. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 246-258.
- Lourau R. Objeto e Método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 66-86.
- Lourau R. A Análise Institucional. 1ª ed, Petrópolis: Vozes, 1975. 294 p.
- Lourau R. A Análise Institucional. 2ª ed, Petrópolis: Vozes, 1995. 294 p.
- Lourau R. Le lapsus des intellectuels. Toulouse: Privat, 1981.
- Lourau R. René Lourau na UERJ- 1993. Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rodrigues HBC. (org) Rio de Janeiro: Editora da UERJ. 1993, 118 p.
- Loureiro S. Saúde Comunitária. In: Saúde em Debate. 1976, Out/Nov/Dez, 1:38-40.
- Luz MT. A contribuição de René Lourau para uma sociologia crítica das instituições. In: Rodrigues HBC, Altoé S. (org.) Análise Institucional. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 21-27. Saúde Loucura n. 8.
- Mancebo D. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. *Psicol Reflex Crit.* 2007, 20(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0102-79722007000100010.

Martín A. René, os analisadores históricos, as loucas da Praça de Maio ... In.: Rodrigues HBC, Altoé S. (org.). Análise Institucional. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 165-89. Saúde Loucura n. 8.

Mello CG. Prev-Saúde: vida, paixão e morte. Saúde em Debate, 1981, 12:25-6.

Mello AR. Medicina Comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões: um estudo de caso. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1979.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. Rev APS, 2009 abr./jun, 12(2):204-13.

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. 2002:01-26.. Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>> Acesso em 07.09.2009.

Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Fractal Revista de Psicologia. 2008 Jan./Jun, 20(1):19-26.

Mourão LC. O Professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Noronha JC, Travassos CM. Participação Comunitária nos programas de saúde. Saúde em Debate. 1981, 12:19-20.

Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade. 1994, 3(2):5-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>> Acesso em 01.09.2009.

Onocko Campos RT. Narrativa: uma revisão introdutória dos seus potenciais usos na pesquisa qualitativa em Saúde. [Versão preliminar apresentada no II Seminário Internacional de Avaliação e serviços de Saúde Mental.] Campinas, 2007.

Paim JS. Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica. Saúde em Debate. 1976. Out/Nov/Dez, 1:9-12.

Paim JS. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. Estudos de Saúde Coletiva, nº 4. ABRASCO, Rio de Janeiro, 1986. p. 11-25.

Pezzato LM. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Rodrigues DO, Flores D, Guimarães FA, Nascimento ML. Práticas, implicações e produções da psicologia no judiciário. Mnemosine. 2005, 1(2):314-28.

Rodrigues HBC. Os anos de inverno da Análise Institucional Francesa. Revista do Departamento de Psicologia. UFF. 2006, Jul/Dez, 18(2):29-46.

Rosas EJ, Campos FE. Na IV SESAC- estudantes e profissionais (pela democratização da saúde). Saúde em Debate. 1977 Jul/Ago/Set, 4:69-70.

Ruschel SP, Renner SH, Cristovão PW, Bradley P. Programa de treinamento em saúde comunitária: aspectos gerais. Porto Alegre, setembro de 1975. (revisão de março de 1976). [Datilografado].

Salgado JA. Palestra de abertura do Congresso Mineiro de Educação Médica. Uberaba, 2007. 4p.

Santos E. Centro de Formação Profissional Murialdo – 10 anos educando corações. Revista Fala Sério, Instituto Leonardo Murialdo, Edição Especial 10 anos, p.6-7, outubro de 2008.

Saúde em Debate. Informes. N. 1. Out/Nov/Dez, 1976. p. 5-6.

Saúde em Debate. Informes. N 2. Jan/Fev/Mar, 1977. p. 58-9.

Saúde em Debate. Acontecimentos. N 4. Jul/Ago/Set, 1977. p. 85.

Saúde em Debate. N 6. Jan/Fev/Mar/1978. p. 21-26.

Saúde em Debate. Editorial. N 9. Jan/Fev/Mar, 1980. p. 1-3.

Savoye A. Du passé, faisons l'analyse. Le traitement de l'histoire. In: Savoye A, Hess R. (coord.) Perspectives de L'Analyse Institutionnelle. Méridiens Klincksieck, Paris, 1988. p. 153-164.

Savoye A. Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité? In: L'Homme et la Société, n. 147-148, p. 133-150. L'Harmattan: Paris, 2003, 246p.

Savoye A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. Mnemosine. 2007, 3(2):181-93 – Artigos Parte Especial.

Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Documento Final da reunião do Conselho Diretor.. 20 de abril de 1986. [Datilografado]

Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul.

Boletim da Saúde. 2002, 16(2):105-15. Disponível em:

<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_10muraldo.pdf> Acesso em 02.05.08.

Siqueira BP. 25 anos de compromissos e lutas pela saúde dos brasileiros. Gestão 1981-1983. Boletim ABRASCO. 2004, novembro, 92:5.

Sobrinho CL. Campos de Saúde Coletiva. Sitientibus, Feira de Santana. 1995, jul/dez,

13:35-41. Disponível em: <<http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/13/campos>

de_saude_coletiva.pdf> Acesso em 01.09.2009.

Spagnol CA. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicar seus “nós”? [Tese – Doutorado] Campinas (SP):

Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Viana, ALD, Dal Poz MR. The reorganization of the brazilian health system, and the Family Health Program. Physis. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Maio 2008. doi: 10.1590/S0103-73312005000300011.

Weber M. Economia Y Sociedad: esbozo de sociologia comprensiva. I. Fondo de Cultura Econômica. México-Buenos Ayres, 1964. p.33-34.

BIBLIOGRAFIA

Amorim EM. (Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas - SP [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. p. 783- 836. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 817p.

Arouca AT. Medicina de Comunidade: implicações de uma teoria. Saúde em Debate. 1976 Out/Nov/Dez, 1:21-3.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005, 10(3): 561-71.

Bodstein R. Atenção básica na agenda de saúde. Ciência&Saúde Coletiva. 2002, 7(3): 401-12, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>> Acesso em 30.07.08.

Bordin R. Residência em medicina geral comunitária: relato de uma experiência. Rev HCPA. 1986, 6(1):45-50.

Botti ML, Scochi MJ. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. Saude soc. São Paulo. 2006, 15(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jul 2008. doi: 10.1590/S0104-12902006000100011.

Brasil 2004. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil Lei Federal 8080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil Lei Federal 8142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil, 2008. MS/SAS/DAB. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em 09.03.08.

Brasil. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores *do SUS*. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. Disponível em:

<<http://webmail.profunisuam.com.br/~luziamag/Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde/Bravote xto1-5.pdf>> Acesso em: 16.12.2010.

Cadernos da ABEM. Volume 2 - Junho / 2006

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. Hucitec: São Paulo, 1992.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(2):219-230. 2000a.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal, pp. 229-267. In: Merhy EE, Onocko RT (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Editora Hucitec-Lugar Editorial, São Paulo-Buenos Aires, 1997.

Campos GWS. Um método para análise da co-gestão de coletivos. Editora Hucitec: São Paulo, 2000, 236pp.

Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.232/86.

Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. Pioneira: São Paulo, 1975.

Edler F, Fonseca MRF. A formação médica e o nascimento da anatomoclínica. Cadernos da ABEM, Volume 2: Junho, 2006. p.13-14. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/formacao_medica_anatomoclinica.pdf> Acesso em 10.12.2010.

Edler F, Fonseca MRF. O surgimento da Medicina experimental e reforma curricular. Cadernos da ABEM. 2006a. Junho, 12:17-8. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/surgimento_medicina_experimental.pdf> Acesso em 10.12.2010.

Edler F; Fonseca MRF. O ensino médico no cenário republicano. Cadernos da ABEM. 2006b, Junho, 2:19-20. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/cenario_republicano.pdf> Acesso em 10.12.2010.

Edler F, Fonseca MRF. Tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960. Cadernos da ABEM, 2006d, Junho, 2:23-4. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/tendencias_educacao_medica.pdf>. Acesso em 10.12.2010.

Edler F, Fonseca MRF. Proliferação das escolas médicas -aumento do número de médicos formados. Cadernos da ABEM. 2006e, Junho, 2:26-7. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/proliferao_escolas_medicas.pdf> Acesso em 10.12.2010.

Fernandes AS, Seclen-Palacin JA. (org.). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8)

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

Hess R. Uma técnica de formação e intervenção: o jornal institucional. (J. I.) In: Hess R, Savoye A. (org.) *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle*. Paris, Méridiens Klincksieck: 1988. 119-138. [Tradução de Ana Lucia Abrahão da Silva e Lucia Cardoso Mourão-Colin, revisão de Solange L'abbate].

Hess R, Savoye A. *L'Analyse Institutionnelle*. PUF, 2ª ed. reformulada. (1ª ed. 1981). cap V (O conceito de instituição e a elaboração do paradigma da AI, p.53-61) e o cap IX (A intervenção socioanalítica, p. 97-111). (Tradução: Ana Lúcia A. da Silva e Lucia C. Mourão. Revisão: Solange L'Abbate.), 1993.

L'Abbate S. A relevância da implicação na análise institucional e na socioanálise: implicação e sobreimplicação. Palestra ministrada, Salvador-BA, 2007.

L'Abbate S. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. Boletim do Instituto de Saúde nº 34, dezembro de 2004.

Lourau R. Grupos e Instituição In: Altoé S. (org.) René Lourau. *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 176-185.

Lourau, R, O instituinte contra o instituído. In: Altoé S. (org.) René Lourau. *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 47-65.

Lourau R. Uma técnica de análise de implicação: B. Malinowski, Diário de etnólogo. In: Altoé S. (org.) René Lourau. *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004e. p. 259-283

Lourau R. *Sociólogo em tempo inteiro: análise institucional e pedagogia*. Editorial Estampa, Ltda., Lisboa, 1979.

Marques RM, Mendes Á. Basic Care and Family Health Program (PSF): new ways to health policy and its financing? *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mar 2008. doi: 10.1590/S1413-81232003000200007

- Merhy EE. Democracia e Saúde. In: Saúde em Debate. 1977, Jul/Ago/Set, 4:7-13.
- Monceau G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. Educação e Pesquisa, São Paulo, 2005. Set./Dez, 31(3): 467-82.
- Nunes ED. Sociologia da Saúde: história e temas. In: Campos GWC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho M. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec/Fiocruz São Paulo/Rio de Janeiro; 2006, p. 19-51.
- Onocko Campos RT. Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: Barros N, Ceccati JG, Turato ER. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Ed. Unicamp, 2005.
- Paim JS, Almeida Filho N. Collective health: a "new public health" or field open to new paradigms?. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov 2007. doi: 10.1590/S0034-89101998000400001.
- Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface (Botucatu)* [online]. 2001, vol.5, n.9, pp. 143-146. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/10.pdf>> Acesso em 070709.
- Passos E, Barros RB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 2000. 16(1):71-79.
- Paulon SM. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre, 2005. Set./Dez, 17(3):18-25.
- Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: 2003. UERJ/IMS: ABRASCO, pp.7-34.

Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [Mimeografado, não datado]. 35p.

Rocha AARM. The professional trajectory of five physicians working in the Family Health Program: the challenges of building a new practice. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2008. doi: 10.1590/S1414-32832005000200007.

Silva CO. Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. [Tese - Doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Solla J, Fernandes AS. Introdução. In *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.11-13. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8)

Spink P. Apresentação in: Tanaka O, Melo C. *Inovação e Gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2002.

Spradley JP. *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1980.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Teixeira CF, Jacobina RR, Souza AL. Para uma análise da conjuntura política em saúde. *Saúde em Debate*. 1980 Jan/Fev/Mar, 9: 4-10.

Theret B. As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova*. [online]. 2003, nº.58 [citado 02 Abril 2005], p. 225-254. Disponível em: <[64452003000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/lua)> Acesso em: 02 jun 2008 . ISSN 0102-6445.

Tornero N, Soares DA, Magalhães LB, Gutierrez PR. Uma experiência de assistência sanitária primária. *Saúde em Debate*. 1978, Jan/Fev/Mar, 6:21-6.

ANEXOS

ANEXO A: ROTEIRO 1 PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Pode descrever em detalhes todos os atores? Onde os atores se situam?
2. Pode descrever em detalhes todas as atividades ?
3. Quais são os lugares onde as atividades ocorrem?
4. Como as atividades estão inseridas no período de tempo?
5. Como as atividades variam ao longo do tempo?
6. Como os atores estão envolvidos em atividades?
7. Quais são as maneiras em que as atividades envolvem os atores?
8. Como os atores mudam ao longo do tempo ou em diferentes tempos?
9. Quais são os sentimentos experienciados pelos atores?
10. Como as atividades envolvem sentimentos?
11. Pode descrever em detalhes todos os objetivos?
12. Onde os objetivos são procurados e alcançados?
13. Que objetivos são relacionados com períodos de tempo?
14. Como os vários objetivos afetam os vários atores?
15. Quais são as maneiras que os objetivos evocam sentimentos?
16. Pode descrever em detalhes todos os sentimentos?
17. Quais são as maneiras que os sentimentos influenciam os objetivos/ metas?
18. Quais são as maneiras que os sentimentos envolvem os atores?
19. Quais são as maneiras que os sentimentos afetam as atividades?
20. Onde os diferentes sentimentos ocorrem?

Nota:

1. Questões baseadas na “Matriz de Questões Descritivas” (Spradley, 1980);
2. **ator:** pessoas envolvidas; **atividade:** conjunto de atos realizados pelas pessoas; **sentimentos:** emoções sentidas ou expressas; **objetivos:** coisas que as pessoas tentam obter.

ANEXO B: ROTEIRO 2 PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Quando se iniciou o programa de medicina comunitária? Este o nome que se usava à época?
2. Quais os profissionais que atua o programa (de residência, de intervenção)? Livre – demanda? Busca ativa? Visita domiciliar?
3. Quais eram os princípios que fundamentaram a criação e o funcionamento?
4. Existem documentos relacionados a estes princípios?
5. Quais as bases de sua estruturação do serviço?
6. Quais foram as promessas/perspectivas/objetivos quando da sua criação?
7. Quais as realizações do programa?
8. Quais as perspectivas/objetivos que se cumpriram?
9. Quais as perspectivas/objetivos que não se cumpriram? Por quê?
10. Essas perspectivas/objetivos ainda estão presentes? Se não, por quê?
11. Se sim, o que se faz necessário para o cumprimento dessas perspectivas?
12. Quais os conflitos mais comuns e/ou graves em relação (à manutenção) do programa?
13. Quais as perspectivas/objetivos atuais em relação ao programa?
14. Em que este programa se assemelha aos demais programas dessa natureza?
15. Em que este programa difere dos demais programas semelhantes?
16. O que mudou desde a origem do programa?
17. Como você avalia isto?
18. Você vê alguma relação entre este programa e a saúde da família de hoje?
19. Você poderia indicar alguém que gostaria de conversar sobre esse assunto, que pudesse contribuir com este trabalho?

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse Projeto de doutorado intitulado “**A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA E SUA CONTRIBUIÇÃO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – uma análise sócio-histórica**” trata-se de uma pesquisa sócio-histórica desenvolvida pelo médico doutorando **Núncio Antônio Araújo Sól** sob orientação da **Profa. Dra. Solange L’Abbate** do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

O objetivo desse trabalho é contribuir para aumentar a compreensão da práxis de dois processos instituintes ocorridos em tempos diferentes e em contextos diversos, analisando o que eles têm em comum e/ou o quanto a Estratégia de Saúde da Família poderia “aprender” com os erros e acertos de programas de Medicina Geral Comunitária.

Para isso, serão realizados questionários e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde de interesse relevante para os objetivos deste Projeto.

Eu, abaixo-assinado, declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa, estou ciente que as entrevistas poderão ser gravadas e que tenho garantido o anonimato das minhas declarações e que estas serão utilizadas somente para fins acadêmicos. Estou ciente que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo ou constrangimento para mim. Estou ciente que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo na realização da referente pesquisa. Assim, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa, através da assinatura deste Termo, do qual ficarei com uma cópia.

Local, data: _____, ____/____/____.

Nome da(o) entrevistada(o): _____

Autorizo que minha entrevista seja gravada: SIM NÃO

Autorizo a utilização do meu nome na pesquisa: SIM NÃO

Autorizo a utilização de minhas declarações na pesquisa: _____
(assinatura)

Pesquisador responsável: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com Núncio Antônio Araújo Sól, Telefax: (31) 3559.1283 ou (31) 9137.6837, e-mail: nuncio@fcm.unicamp.br ou Profa. Dra. Solange L’Abbate, Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP Fone: (19) 3521-0076 ou (19) 2121-4137

- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP
Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO C1

CEP, 21/12/10.
(PARECER CEP: N° 132/2009)

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

PARECER**I – IDENTIFICAÇÃO:**

PROJETO: “A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA E SUA CONTRIBUIÇÃO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA DE MARIANA/MG”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Núncio Antônio Araújo Sól

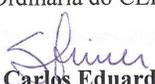
II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a emenda que altera o título para **“A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL SÓCIO-HISTÓRICA DE SUA TRAJETÓRIA, ENFOCANDO PROGRAMAS ESPECÍFICOS”**, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de dezembro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

**ANEXO D1: BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986,
p.1**



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE
MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA**

BOLETIM INFORMATIVO

ANO I

OUTUBRO DE 1986

Nº 2

I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

Nos últimos meses tem crescido a nível nacional a discussão sobre a reformulação do setor saúde. Na VIII Conferência Nacional de Saúde (março/86) ficou clara a necessidade de se buscar a construção de um Sistema Único de Saúde estatizado, hierarquizado, descentralizado, adequado a uma clientela universal e empenhado na eficiência de seus serviços.

A construção de um modelo de Sistema implica em se garantir a formação de profissionais sintonizados com a proposta. Na porta de entrada deste Sistema torna-se indispensável a presença de médicos competentes em resolver agravos de nível primário e secundário nas áreas básicas e que assumam simultaneamente a construção do Sistema Municipal de Saúde. Isso envolve ações na área de saúde coletiva tais como: epidemiologia, vigilância sanitária, educação popular, gerência e planejamento nos postos de saúde, centros de saúde, distritos sanitários, unidades mistas e hospitais de pequeno porte.

Constatou-se então a incapacidade atual das escolas médicas em formar este tipo de profissional, inclusive pela ausência de docentes com este perfil e compromisso profissional.

Reuniram-se as várias residências de Medicina Geral Comunitária existentes no país, iniciando uma discussão sobre os marcos conceituais que orientam a formação deste profissional e sua inserção na conjuntura de saúde.

A partir daí reativou-se a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária e decidiu-se pela realização do I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária em Sete Lagoas - MG, no período de 3 a 7 de setembro de 1986, visando unificar tais discussões e avançar qualitativamente na compreensão do que é o médico geral comunitário, como se deve formá-lo, qual o seu papel no sistema de saúde e sua relação com os demais profissionais de saúde.

Ao mesmo tempo pretendemos concretizar, de forma democrática, a nossa organização nacional e definir as formas de intervenção na construção do Sistema Único de Saúde.

A COMISSÃO EXECUTIVA DO CONGRESSO
SETE LAGOAS - MAIO/86

ENFIM, O RECONHECIMENTO

O Conselho Federal de Medicina, baseado no parecer nº 029/86, aprovado em sua Sessão Plenária realizada em 11 de outubro de 1986, reconheceu oficialmente a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica, através da Resolução CFM nº 1.232/86, publicada no D.O.U. de 23 de outubro de 1986, página 15.949.

A Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária já tem uma comissão recolhendo subsídios, que deverão auxiliar o estabelecimento dos critérios e normas a serem seguidos para a concessão do Título de Especialista, os quais serão discutidos e definidos pelo Conselho Diretor, em reunião que será realizada em 6 e 7 de dezembro em Natal.

Somente após esta definição é que iniciaremos o processo de concessão do Título de Especialista, o qual lembramos, é competência da SBMGC.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.232/86

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de junho de 1958 e, CONSIDERANDO o reconhecimento da residência em Medicina Geral Comunitária pela Comissão Nacional de Residência Médica através da Resolução CNRM nº 07/81; CONSIDERANDO a existência de Residências Médicas na área de Medicina Geral Comunitária em diversas faculdades do País; CONSIDERANDO a existência da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária; CONSIDERANDO a experiência de outros países onde a Medicina Geral Comunitária já existe como especialidade médica; CONSIDERANDO o disposto no parecer CFM nº 029/86, aprovado na Sessão plenária realizada em 11 de outubro de 1986; RESOLVE: Reconhecer Medicina Geral Comunitária como especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1986. GABRIEL WOLF OSELKA - Presidente, ANA MARIA CANTALICE LIPKE - Secretária Geral. (Nº 62.403 de 22-10-86 - CZS 421.60)

**ANEXO D2; BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986,
p.2**

UM POUCO DE HISTÓRIA

No final de novembro de 1985, um grupo de residentes e ex-residentes de Medicina Geral Comunitária, reuniu-se em Petrópolis - RJ por ocasião do ENCONTRO BRASILEIRO DE RESIDENTES E EX-RESIDENTES DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Participaram 48 colegas de 7 estados brasileiros. Na ocasião discutiram-se questões relativas ao Campo de Atuação, Perfil Profissional e Programa Mínimo da Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. Na plenária final do Encontro, além da discussão e aprovação do relatório final do evento, foram encaminhadas uma série de questões de caráter organizativo, entre as quais a da necessidade de uma Entidade que congregasse, a nível Nacional, os profissionais da área. Optou-se por reativar a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), totalmente esvaziada com a criação da Associação Brasileira de Medicina Familiar (ABRAMEF). Com este objetivo designou-se a Delegação Gaúcha presente como Comissão Pró-Reativação da SBMGC.

Em dezembro de 1985 este grupo gaúcho organizou-se e venceu as eleições para a Diretoria do Departamento de Saúde Comunitária da Associação Médica do Rio Grande do Sul (DSC/AMRIGS) tendo na sua plataforma eleitoral a proposta de reativação da SBMGC. Este fato viabilizou a infra-estrutura necessária ao trabalho da Comissão.

No início de março de 1986 o DSC/AMRIGS promoveu o ENCONTRO SUL-BRASILEIRO DE MÉDICOS GERAIS COMUNITÁRIOS, iniciando o processo de mobilização e de reconhecimento dos profissionais da área. Participaram colegas do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que compartilharam suas experiências, discutiram questões organizativas e perspectivas da especialidade e as propostas da categoria para a VIII Conferência Nacional de Saúde.

No dia 21 de março de 1986, por ocasião da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, em Assembléia Nacional dos Médicos Gerais Comunitários, da qual participaram 21 colegas de 8 estados, foi reativada oficialmente a SBMGC. Constituíram-se Delegados Estaduais e ao Rio Grande do Sul foi delegada a Diretoria Provisória.

No dia 16 de abril de 1986 os Médicos Gerais Comunitários Gaúchos em Assembléia Estadual escolheram os nomes para compor a Diretoria provisória. De imediato iniciou-se o processo de organização Nacional. Através de Delegados Estaduais em 10 estados, funcionando como elo entre a Diretoria e os Núcleos Estaduais, incentivou-se o processo de discussão e organização regional.

No dia 20 de abril de 1986 reuniu-se pela primeira vez, em Petrópolis-RJ, o Conselho Diretor da SBMGC. Os representantes dos Núcleos Estaduais de 5 estados elaboraram nesta ocasião documento visando definir questões relativas à concepção da Medicina Geral Comunitária como especialidade médica e definiram o programa, data e local do I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária.

Em maio encaminhou-se ao Conselho Federal de Medicina o pedido de reconhecimento da especialidade. Neste processo o Conselho Diretor reuniu-se no Rio de Janeiro com a Comissão de Especialidades do CFM, embasando a solicitação encaminhada e subsidiando o parecer a ser dado pela Comissão. Enquanto isso, o movimento se fortalecia nos estados e o I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária avançava em sua organização.

Em julho, por ocasião da 3ª Reunião do Conselho Diretor, foi oportunidade de audiências com dirigentes do INAMPS, FIOCRUZ e ABRASCO. Estivemos também novamente no CFM, acompanhando nosso processo e na AMB, encaminhando solicitação oficial de filiação à esta.

De 3 a 7 de setembro de 1986, realizamos, com o apoio de diversas instituições, em Sete Lagoas-MG, o I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Participaram 153 profissionais de 14 estados. Em mesas-redondas, que tiveram a participação de nomes reconhecidos, discutimos: Saúde e Constituinte, Sistema Nacional de Saúde e Mercado de Trabalho do Médico Geral Comunitário, Marcos Históricos e Ideológicos, Perfil Profissional, Campo de Atuação e Concepção de Especialidade da Medicina Geral Comunitária. O trabalho em grupos de discussão e as plenárias consolidaram as discussões, definindo estas questões, expressas no Relatório Final do Congresso.

Neste interim iniciou-se a articulação internacional da Sociedade através da participação de representantes na I JORNADA CIENTÍFICA NACIONAL DE MEDICINA GERAL em San Miguel de Tucumán - Argentina e no IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR na Cidade do México. A seguir participamos do I CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA no Rio de Janeiro, ampliando nossa participação no Movimento Nacional da Reforma Sanitária.

A última reunião do Conselho Diretor, realizada logo após o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, aprofundou a discussão organizativa e política da Sociedade e de nossa inserção na atual Conjuntura Nacional. Diversas atividades ficaram programadas, assim como uma efetiva participação em todos os foros de discussão da área da Saúde.

Na sua reunião de outubro de 1986 o Conselho Federal de Medicina RECONHECEU OFICIALMENTE A MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA. Consolidava-se então a nossa proposta, ganhando nova dimensão o nosso movimento.

A DIRETORIA
Porto Alegre, 24 de outubro de 1986.

**ANEXO D3: BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986, p.
3**

**I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA
3 a 7 de Setembro de 1986**

PROGRAMA OFICIAL

DIA 03- QUARTA-FEIRA

19:30 - ABERTURA

Neice Müller Xavier Faria - Comissão Executiva do I CBMGC
João Werner Falk - Presidente da SBMGC
José Maria Borges - Secretário de Saúde de Minas Gerais

20:00 - PAINEL: CONSTITUINTE E SAÚDE

Coordenador: Francisco José Dias da Silva - Núcleo MGC Espírito Santo
Secretário: João Lisboa de Flôres Filho - Núcleo MGC Piauí
Painelistas: Célio de Castro - Ex-presidente do Sindicato dos Médicos de B. Horizonte
Arlindo Chinaglia - Presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo

23:00 - COQUETEL

DIA 04- QUINTA-FEIRA

8:00 - MESA-REDONDA: SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E MERCADO DE TRABALHO DO MÉDICO GERAL COMUNITÁRIO

Coordenador: Cândido Evangelista da Fonseca Neto - Núcleo MGC Rio de Janeiro
Secretária: Patrícia Vargas Zillig - Núcleo MGC Rio de Janeiro
Debatedores: José Francisco Paranaguá - Secretário de Recursos Humanos do INAMPS
Francisco Eduardo Campos - Ex-Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde
Luiz Jacintho da Silva - Docente de Medicina Preventiva UNICAMP
Cláudio Romano - Diretor do Centro Regional de Saúde de Sete Lagoas

14:00 - GRUPOS DE DISCUSSÃO

19:30 - PAINEL: MARCOS HISTÓRICOS E IDEOLÓGICOS

Coordenador: Gilberto Padilha de Vargas - Núcleo MGC Rio Grande do Sul
Secretária: Maria de Fátima Marques da Silva - Núcleo MGC Rio Grande do Sul
Painelistas: Eduardo Vilhena Leite - ABRAMEF
Ricardo Bruno - ABRASCO
Marcus Vinícius Polignano - Docente de Saúde Pública da UFOP
Délcio Fonseca - Docente de Medicina Preventiva da UFMG

DIA 05- SEXTA-FEIRA

8:00 - MESA-REDONDA: PERFIL PROFISSIONAL/CAMPO DE ATUAÇÃO/CONCEPÇÃO DE ESPECIALIDADE

Coordenadora: Maristela Chittó Sisson - Núcleo MGC Santa Catarina
Secretário: Paulo Fontoura Freitas - Núcleo MGC Santa Catarina
Debatedores: João Amílcar Salgado - Coordenador do Núcleo de Assessoramento Pedagógico da Faculdade de Medicina da UFMG
Jorge Luiz Córdón - Docente da UNB
Kurt Klötzel - Ex-Coordenador do PRM em MGC da Universidade Federal de Pelotas
Tarcício de Castro Filho - Ex-Coordenador do PRM em MGC de Mariana

14:00 - GRUPOS DE DISCUSSÃO

19:30 - APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS PRÁTICOS REFERENTES A EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ESPECIALIDADE

Coordenador: Pedro Luiz Schmitt - Núcleo MGC Santa Catarina
Secretário: José Carlos Aquino Campos Velho - Núcleo MGC Santa Catarina

23:00 - FESTA DE CONFRATERNIZAÇÃO

DIA 06- SÁBADO

8:00 - LIVRE

14:00 - PLENÁRIA DA 1ª e 2ª MESA (CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO)

Coordenadora: Helena Facury Barbosa - Núcleo MGC Minas Gerais
Secretário: Dinarte Alexandre Ballester - Núcleo MGC Rio Grande do Sul

DIA 07- DOMINGO

8:00 - PLENÁRIA FINAL

Coordenadora: Aparecida Maria de Paula - Núcleo MGC Minas Gerais
Secretária: Marilene Miranda Araújo - Núcleo MGC Minas Gerais
Pauta: Redefinição do nome da especialidade,
Estatuto da SBMGC,
Eleições da Diretoria da SBMGC,
II Congresso Brasileiro,
Questões organizativas gerais,
Campanha de lutas.

ANEXO D4: BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986,**I CONGRESSO BRASILEIRO DE M
RELATÓR**

Os profissionais de saúde que participaram do I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA julgam essencial que a nova Constituição Brasileira, a ser elaborada na próxima Assembléia Nacional Constituinte, contenha princípios que levem a um novo Sistema Nacional de Saúde (SNS). As idéias gerais do novo texto Constitucional neste setor deverão ser algumas das defendidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde: universalização e eqüidade dos serviços de saúde com participação popular na sua elaboração, gestão e controle e sua estatização progressiva, que deverá obedecer a um cronograma definido e amplamente divulgado. É importante que fique bem claro o princípio de que a saúde dos indivíduos é um dever do Estado e direito do Cidadão, e ainda que o conceito de saúde em pauta é abrangente, implicando em garantia de trabalho, habitação, renda, educação, liberdade, lazer, acesso e posse da terra, além do oferecimento e garantia de acesso a serviços de saúde efetivos e eficientes.

Participando deste momento histórico em que se elabora a nova Carta Constitucional, queremos deixar claro nossa consciência das distorções oriundas da ação do poder econômico e do desrespeito pela população dos atuais poderes legislativos e executivo quando da convocação da Assembléia Nacional Constituinte. Mesmo assim, acreditamos ser importante estarmos presentes no processo, com essas sugestões e também apoiarmos candidatos comprometidos com os anseios populares e dos profissionais da área, que desejem uma reformulação do SNS, a qual priorize a saúde do povo ao invés dos interesses econômicos de grupos determinados.

Este novo SNS que preconizamos deverá ser único, entendendo-se como unificação a criação de apenas um Ministério que abranja todos os órgãos que hoje atuam na área da saúde a nível federal, reproduzindo a unicidade de comando nos níveis estaduais e municipais, com a progressiva estatização do setor privado. É preciso que seja orientado também para uma regionalização, descentralização, autonomia gerencial e financeira, além de uma hierarquização da estrutura administrativa e desburocratização.

Salientamos a importância da questão financeira neste processo. A reforma Tributária deverá permitir a efetiva municipalização dos serviços de saúde, além de resolver o problema da captação de recursos para o sistema, que não deverá onerar o trabalhador, mas sim incidir sobre os lucros do capital, sem que haja repasse final aos produtos de consumo. O atual percentual do orçamento da União destinado aos setores social e da saúde deverá ser ampliado, com garantia de um percentual mínimo que atenda as necessidades da prestação dos serviços de saúde, com base em levantamentos técnicos previamente elaborados e sempre sob controle da população, através do planejamento participativo. O controle popular será um fator fundamental para o sucesso da Reforma Sanitária. A população, através de suas entidades representativas, deve exercer uma real participação no processo, com peso decisório em todos os níveis, seja na reformulação da política de saúde, como no planejamento, execução, gestão e avaliação das ações de saúde.

Uma das prioridades a serem buscadas na elaboração do novo SNS deverá se situar no campo da prevenção e da promoção de saúde, assim como na Atenção Primária como um todo. O profissional médico que julgamos capacitado para atuar nesta área é o que tenha o perfil do Médico Geral Comunitário (MGC), tal como proposto neste Congresso. O emprego de médicos de outras especialidades para atuar nesta área até pode ser uma tática a curto prazo, dado a inexistência de MGC em número suficiente; porém observamos o risco destes profissionais não atingirem a integralidade da proposta e até virem a reproduzir o sistema vigente que se quer modificar.

O momento exige, portanto, que se defina com clareza o que seja o Médico Geral Comunitário. Para tanto, em primeiro lugar, é necessário distinguir essa especialidade das afins Medicina Preventiva e Social (MPS) e Medicina de Família (MF).

A MPS e o profissional egresso de seus programas objetiva preferencialmente ações de planejamento e gerenciamento a nível central e/ou regional, dando menor ênfase à prática clínica.

A MF centra sua atuação no núcleo familiar, que constitui o seu objeto de trabalho. Embora em alguns momentos suas técnicas sejam confluentes com a prática da MGC, mantém uma tendência nitidamente privatizante, atuando de forma conservadora no campo social. A compreensão restrita do macro-sistema prejudica sua atuação transformadora, o que a distancia da MGC na sua concepção atual. Portanto, a distinção entre MGC e MF se fundamenta nas diferenças das práticas sociais, que tornam seus objetivos divergentes.

MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

PERFIL FINAL

A MGC propõe um profissional com uma visão do coletivo, o qual é operacionalmente entendido como comunidades geograficamente delimitadas e/ou grupos sociais inseridos em um contexto sócio-econômico e político, de cujos conflitos ele tem consciência e no qual se geram os determinantes do perfil de morbi-mortalidade. A sua abordagem é integral, continuada e participativa e utiliza recursos apropriados para o atendimento das necessidades de saúde das comunidades. Tem alto poder de resolutividade, trabalhando para a organização do sistema referencial que lhe dá suporte.

No que diz respeito ao perfil profissional, o MGC deverá capacitar-se na área clínica e nas áreas que permitam plena compreensão do processo saúde-doença da coletividade (epidemiologia, sócio-economia da saúde, política nacional de saúde), de acordo com as seguintes competências:

- Conhecer e dominar o instrumental científico (metodologia científica), promovendo realização de pesquisas na área;
- Promover o planejamento participativo nas ações de saúde;
- Dominar o método semiológico (clínico, epidemiológico, social);
- Habilitar-se em gerência dos serviços no nível em que atue;
- Atuar em docência, desde em educação popular até na reprodução de conhecimentos para profissionais de nível superior;
- Dominar a prática clínica como um corpo de conhecimentos que inclua as nosologias prevalentes, respeitando as especialidades de cada área e/ou região, atuando preferencialmente em cuidados primários de saúde;
- Ampliar a abordagem clínica para o campo da saúde mental;
- Intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença, buscando a solução dos problemas prioritários em conjunto com a população.

Com tal instrumental técnico acima descrito, o MGC constitui-se, a nível local e/ou regional, em profissional de execução de diretrizes gerais elaboradas a nível central e compatíveis com as prioridades locais e/ou regionais, previamente definidas com a população. Completando e retroalimentando o setor de planejamento, elimina a dissociação do discurso com a prática.

Dá salientamos como fundamental para viabilização do novo SNS a reformulação da política de recursos humanos. Se a reorganização do setor de saúde passa pela valorização da Atenção Primária, defendemos a idéia de que se deva investir na formação de MGC em programas de pós-graduação sensu-lato (especialização por Residência Médica) e sensu-strictu (Mestrados e Doutorados), possibilitando a criação do saber e a difusão do conhecimento, bem como formação dos preceptores em MGC. Neste sentido é essencial promover a MGC como especialidade, aumentando as vagas das Residências Médicas existentes, criando novos programas, assim como incrementando a qualidade de todas estas instâncias de pós-graduação. Essa idéia não exclui a possibilidade de graduação de profissionais com perfil de Médicos Gerais, com competência e consciência social transformadora, e fortalece a pressão nas Faculdades de Medicina por uma reforma curricular. Naturalmente, esse investimento no aparelho formador de graduação e pós-graduação deve ser acompanhado por equivalente absorção no mercado de trabalho.

De acordo com o perfil tirado nesse Congresso, o MGC pode colaborar com o repensar do nosso modelo de medicina em suas relações com os grandes laboratórios e indústrias de equipamentos e insumos, disciplinando a utilização dos avanços tecnológicos, segundo critérios exclusivamente científicos e que obedeçam à racionalização dos recursos disponíveis em função de prioridades, e não por pressões de conteúdo mercantilista. É o ideal também para viabilizar a desejável interiorização do atendimento médico, observando-se a necessidade de se trabalhar integrado a uma equipe multiprofissional e a uma retaguarda de cuidados secundários com fácil acesso a recursos mais sofisticados. É um médico cujo campo de atuação se define pelo setor público, em regime de tempo integral, o qual está a exigir um aperfeiçoamento de suas relações de trabalho para devida valorização profissional e eficácia deste setor.

ASSEMBLÉIA NACIONAL DOS MÉDICOS GERAIS COMUNITÁRIOS

Sete Lagoas, 6 e 7 de setembro de 1986.

PLANO DE SAÚDE E CIDADANIA

REFORMA SANITÁRIA

AVALIAÇÃO CRÍTICA DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

À Comissão Nacional da Reforma Sanitária
Aos intelectuais da saúde e demais interessados
À população Brasileira

O I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária vem através do presente documento contribuir para a discussão das bases de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, com representatividade expressa na participação da maioria dos profissionais da área no País. Após estudo e avaliação do Plano de Saúde e Cidadania, documento original proposto por representantes das entidades governamentais para subsidiar a discussão das Bases da Reforma Sanitária Brasileira, tecem as seguintes considerações:

1. A proposta reflete um avanço na atual política de saúde, na medida em que consolida as diretrizes gerais da VIII Conferência Nacional de Saúde e avança na proposta de regionalização e hierarquização de serviços, atualmente formulada através da distritalização.

No entanto a proposta não contempla uma forma democrática de elaboração e implantação de um novo Sistema de Saúde e inicia sua operacionalização antes de prévia discussão entre vários setores da sociedade.

2. O Plano desconhece a participação de profissionais com o perfil do Médico Geral Comunitário na elaboração e execução da proposta de uma Reforma Sanitária. Entendemos que uma política racional de recursos humanos deve perceber este perfil como o de escolha para o profissional que está na porta de entrada de um Sistema de Saúde; sendo o profissional especializado redefinido numa proposta de hierarquização, para níveis de referência onde possa desenvolver sua competência técnica em cuidados especializados.

O Plano apresenta várias contradições, entre as quais a desproporcionalidade e admite na porta de entrada do Sistema atendimento especializado, dividindo a população por idade, sexo e patologia. Acreditamos não ser esta a melhor forma de proporcionar um atendimento integral e contínuo que garanta uma maior resolatividade.

3. Em relação aos distritos sanitários, concluímos que a idéia reforça a meta de regionalização, porém sugerimos a revisão de vários itens operativos, tais como a população de abrangência (um para cada 10.000 habitantes), composição da equipe básica, fluxo de pacientes pela equipe e pelo distrito sanitário, critérios de caracterização da clientela e de remuneração dos profissionais, capacidade resolativa, etc.

4. Quanto ao aproveitamento do recém-formado no Sistema Nacional de Saúde, somos a favor de sua imediata inserção, juntamente com um treinamento de educação continuada (que deve ser extensivo aos profissionais que já estão na rede, priorizando a mudança qualitativa do sistema) visando a complementação de sua formação, já que são inegáveis as distorções de sua capacitação a nível da graduação. Todo o processo de formação do profissional deve estar inserido numa proposta mais global de SNS. O simples aumento de carga horária no internato médico não resolve a crise de Ensino de Graduação Médica. Apontamos para tanto uma ampla reestruturação curricular inserida numa reforma universitária democrática. Desde o ciclo básico até o final dos estágios deve-se reorientar os currículos para um profissional adequado à realidade brasileira, voltado para obtenção de competência nas áreas básicas e comprometimento com o setor público. O incremento dos Programas de Pós-graduação (Residência Médica, Mestrado e Doutorado) em MGC passa a se tornar fundamental como instâncias de especialização e aprofundamento de um perfil profissional e de formação de reprodutores de conhecimentos (docentes, pesquisadores, coordenadores de programas, etc.).

5. No item relativo à participação popular o texto refere que "a população organizada terá voz ativa nas deliberações em caráter consultivo" sem estabelecer critérios de como a população possa ter poder decisório real no processo de planejamento, execução, gerenciamento, controle e avaliação das políticas de saúde locais, regionais e nacionais. Além do mais ela se encontra no momento completamente à margem das discussões sobre a questão da saúde no Brasil.

6. A proposta apresentada não deixa claro as instâncias a nível municipal, estadual e federal. Transcrevendo-se o texto... "A competência dessas comissões (CIS, CRIS, CLIS e CIMS) deverá ser definida oportunamente"... Acreditamos que a execução, avaliação, gerenciamento e colaboração no planejamento geral do Sistema deverá ficar a cargo principalmente dos técnicos e da população diretamente envolvida, evitando assim a histórica centralização das decisões.

Esperamos que estas considerações venham a contribuir para a ampliação do debate, juntamente com outras categorias organizadas da população, na perspectiva da melhoria das condições de vida de nosso povo. Nos colocamos abertos a críticas e novas contribuições no sentido de se aprofundar estas questões Para melhor compreensão de nossas propostas divulgamos em conjunto o Relatório Final do Congresso.

ASSEMBLÉIA NACIONAL DOS MÉDICOS GERAIS COMUNITÁRIOS
Sete Lagoas, 7 de setembro de 1986.

ANEXO D7: BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986, p.

7

I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA DELIBERAÇÕES DA PLENÁRIA

A Plenária do I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA:

1. Discutiu, revisou e aprovou o texto do Relatório Final do Congresso, contendo as posições e as propostas oficiais da SBMGC em relação aos temas debatidos. O mesmo deverá ser amplamente divulgado.
2. Discutiu e aprovou modificações no Estatuto da SBMGC, mantendo a SBMGC com uma Federada constituída pelas Sociedades Estaduais, cujos Presidentes compõem seu Conselho Diretor. Incluiu a Assembléia Geral como órgão máximo da entidade. Redefiniu os cargos da diretoria e categorias de sócios.
3. Elegeu e empossou a nova Diretoria da SBMGC, com mandato de 1 ano, assim constituída: João Werner Falk – Presidente; Airton Tetelbon Stein – Vice-Presidente; Luciano Todeschini – Secretário-Geral; Dinarte Alexandre Ballester – 1º Secretário; Marco Aurélio Albuquerque – 2º Secretário; Elizabeth Kalil Nader – Tesoureira; Sônia Weber Ribas – Diretora de Divulgação; Gilberto Padilha de Vargas – Diretor Científico.
4. Decidiu por manter o nome da especialidade – MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA, entendendo que mais importante que a denominação são os marcos que referenciam a prática deste profissional, expressos no Relatório Final.
5. Definiu mudança no logotipo da SBMGC.
6. Referendou os nomes dos novos consultores da especialidade junto à Comissão Nacional de Residência Médica: Eleonor Minho Conill, Maria de Fátima Silva Pontes, Neice Müller Xavier Faria e Ronaldo Bordin.
7. Concedeu ao Dr. Ellis D'Arrigo Busnello, Sócio-fundador e primeiro Presidente da SBMGC, o título de Sócio Benemérito.
8. Estudou e avaliou o documento original do Plano de Saúde e Cidadania, tecendo considerações sobre este, que serão divulgadas junto ao Relatório Final.
9. Definiu a data e o local do II CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Será realizado de 7 a 11 de setembro de 1987 em Florianópolis – Santa Catarina.

ASSEMBLÉIA NACIONAL DOS MÉDICOS COMUNITÁRIOS
Sete Lagoas, 7 de setembro de 1987.

EXPEDIENTE

COMISSÃO EXECUTIVA DO I CBMGC

Aparecida Maria de Paula
Amélia do Rosário Barbosa
Elizabeth Fontoura de Castro
Helena Facury Barbosa
Marcelo Quintão Silva
Marcos Akerman
Marcos Sales Rezende
Neice Müller Xavier Faria

DELEGADOS ESTADUAIS/CONSELHO

DIRETOR DA SBMGC

Adailton Gomes D'Assunção – Rio Grande do Norte
Evandi Ferreira da Silva – Pernambuco
Francisco José Dias da Silva – Espírito Santo
Helena Facury Barbosa – Minas Gerais
João Werner Falk – Rio Grande do Sul
João Lisboa de Flôres Filho – Piauí
Nelson Rodrigues dos Santos – São Paulo
Paulo Fontoura Freitas – Santa Catarina
Rosângela Zigiotti de Oliveira – Paraná
Tânia Maria Liberano – Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SBMGC

Presidente: João Werner Falk
Vice-Presidente: Airton Tetelbon Stein
Secretário-Geral: Luciano Todeschini
1º Secretário: Dinarte Alexandre Ballester
2º Secretário: Marco Aurélio Albuquerque
Tesoureira: Elizabeth Kalil Nader
Diretora de Divulgação: Sônia Weber Ribas
Diretor Científico: Gilberto Padilha de Vargas
Secretária: Joyce Fernanda Kalil Reichelt

CONSULTORES DA ESPECIALIDADE JUNTO À COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Eleonor Minho Conill – (RJ)
Maria de Fátima Silva Pontes – (RN)
Neice Müller Xavier Faria – (MG)
Ronaldo Bordin – (RS)

Órgão de divulgação da
SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

Editor

GILBERTO PADILHA DE VARGAS

Secretária

JOYCE FERNANDA KALIL REICHELT

Av. Salgado Filho, 135 – 6º andar
90.010 – Porto Alegre – RS – BRASIL
Fone (0512) 25-5755 - Ramal 43

ANEXO D8: BOLETIM INFORMATIVO DA SBMGC, Nº2, OUTUBRO DE 1986, p.

AVALIAÇÃO DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

Com a participação de 153 profissionais de 14 estados e apoio de várias instituições de saúde, realizou-se de 3 a 7 de setembro de 1986, em Sete Lagoas-MG, o I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. É com satisfação que vimos de público comunicar os resultados políticos, técnicos e organizativos deste evento. De um modo geral consideramos estes como bastante positivos sob vários aspectos.

Com apoio de várias entidades públicas (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Centro Regional de Saúde de Sete Lagoas, Prefeitura Municipal de Sete Lagoas, FHEMIG, Internato Rural - UFMG, Prefeitura Municipal de Prudente de Morais, Sindicato dos Médicos e Associação Médica de Minas Gerais) conseguimos manter uma infra-estrutura satisfatória que, embora sem luxos, garantiu a viabilização efetiva do Congresso. Reconhecemos este empenho institucional como parte da nova fase em que o Setor Público passa a se preocupar com a eficiência de seus serviços e qualificação de seus profissionais. Seguindo esta orientação, inaugura-se a época de congressos médicos financiados e comprometidos com a saúde pública. E inicia-se com um Congresso que se propõe a discutir um perfil de profissional médico adequado a estar na base de um Sistema de Saúde Único, estatizado, regionalizado, universalizado e com controle popular. O que observamos é um Congresso definindo, no perfil proposto, um profissional comprometido em dedicação exclusiva com o Setor Público e afinado com uma proposta mais global de transformações sociais. É, no nosso entender, o profissional médico capaz de levar adiante as propostas de municipalização que hoje estão na ordem do dia pela AIS.

Após intensos debates foram explicitadas as diferenças entre as propostas da Medicina Geral Comunitária, Medicina Preventiva e Social e Medicina de Família e estabelecidos os marcos fundamentais que devem referenciar técnica e ideologicamente a formação dos Médicos Gerais Comunitários. Consideramos a Medicina Geral Comunitária e a Medicina Preventiva e Social como perfis técnicos distintos, com habilidades e campos de atuação diferentes na área de saúde pública; sendo o médico preventivo e social um profissional com formação predominantemente dirigida para ações de gerência e planejamento dos Serviços de Saúde e na relação com o coletivo, enquanto o médico geral comunitário seria o responsável por integrar a atenção individual com a atuação coletiva, tendo como o principal campo de trabalho o micro-sistema de saúde (distritos sanitários e pequenos municípios). As duas propostas atuariam ainda a nível da reprodução dos conhecimentos (docência e pesquisa). A divergência com a Medicina de Família é nitidamente ideológica pois esta revela uma proposta de formação de médicos gerais desvinculada de um atendimento as razões sociais da doença, sem uma postura de transformação do Sistema de Saúde de acordo com os interesses populares, e favorece o caráter privatizante das ações médicas.

Foi consolidada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária - SBMGC, reativada em março de 1986, como a entidade que congrega os profissionais da categoria, definida sua estrutura organizativa, bem como o nome da especialidade - Medicina Geral Comunitária.

Para outros congressos sugerimos o incentivo à discussões prévias nos estados; uma programação menos concentrada que permita maior aprofundamento dos temas; o reforço aos temas livres, oportunizando a troca de experiências entre os profissionais e serviços das diversas regiões do país, além da inserção dos temas clínicos.

Vários espaços se abriram para nossa atuação no decorrer das discussões preparatórias. A proposta ganhou apoio institucional e cresceu no campo das idéias. Os primeiros passos foram dados. O caminho a percorrer é longo. Convidamos os interessados a virem integrar a nossa caravana.

COMISSÃO EXECUTIVA DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE
MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA
Sete Lagoas, 20 de setembro de 1986.

POR UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ÚNICO



**ESTATIZADO,
HIERARQUIZADO E COM
CONTROLE POPULAR.**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE
MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA**

ANEXO E1: DOCUMENTO DE PETRÓPOLIS, 20.04.86, p. 1



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA/SBMGC

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Documento final da reunião do Conselho Diretor da SBMGC realizado em Petrópolis (RJ), em 20/04/86.

A publicação da Resolução 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica incluiu o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas em seu 1º artigo, normatizando os Programas existentes nesta área, além de estabelecer os conteúdos mínimos que caracterizavam o Médico Geral Comunitário para a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infecto-contagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares.

Este perfil inicial, com o amadurecimento e consolidação dos Programas de Residência Médica na área, além do "feed-back" (retroalimentação) proporcionado pelos profissionais egressos destes frente à realidade objetiva onde prestam seus serviços, tem conduzido a um delineamento melhor do perfil do Médico Geral Comunitário e a um conseqüente aprimoramento do treinamento do profissional.

Como conseqüência deste melhor entendimento da área de atuação daquele profissional, os programas atuais e os profissionais desenvolvem conhecimentos e habilidades que os capacitam a atuar em uma dada coletividade, prestando atenção integral, contínua e de alta qualidade à saúde desta.

A coletividade deve ser operacionalmente entendida como área geográfica e/ou funcionalmente delimitada inserida em um contexto sócio-econômico e político, no qual atuam os determinantes do perfil de morbi-mortalidade.

Incorporam, assim, um conceito de saúde não restrito à inexistência de doença, mas sim como a maior aproximação possível de um completo bem-estar físico, mental e social, determinado pelo conjunto das condições de alimentação, educação, renda, habitação, trabalho, transporte e lazer das populações, bem como acesso aos serviços de saúde, sendo assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e afetar os indicadores de saúde.

Apresentam também, treinamento para atuar em uma equipe multiprofissional, desenvolver atividades com associações diversas, escolas, creches, etc., sempre buscando a participação efetiva da comunidade na compreensão e resolução dos problemas de saúde, respeitando as características e prioridades da mesma.

Desenvolvem conhecimentos em nosologias regionais mais freqüentes, independentes de sexo ou idade, a nível de identificação, tratamento e prevenção, além de conhecimentos nas áreas de planejamento, gerência e avaliação dos serviços de saúde, saúde ambiental, bem como das ciências sociais aplicadas a saúde. Embora atue primordialmente a nível ambulatorial, também está capacitado a atuar a nível de hospital geral e de planejamento e administração no micro-sistema de saúde. Está apto a solucionar a maioria dos problemas de saúde, não se restringindo apenas ao atendimento clínico-individual, mas buscando compreender e intervir nos macrodeterminantes do processo saúde-doença, atuando a nível de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O Médico Geral Comunitário constitui-se, assim, no profissional mais adequado para a base de um sistema nacional de saúde baseado em princípios de regionalização, hierarquização, integrado, em níveis de complexidade crescente, num sistema de referência e contra-referência. Portanto, estando em consonância com a reestruturação do sistema nacional de saúde, ora em curso, e sintonizado com as reais necessidades da população brasileira.

ANEXO E2: DOCUMENTO DE PETRÓPOLIS, 20.04.86, p. 2

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA/SBMGC

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Assim, por apresentar um campo de atuação e corpo de conhecimentos definidos, a Medicina Geral Comunitária caracteriza-se como uma especialidade médica.

Petrópolis, 20 de abril de 1986.

Antonio Carlos Estima Marasciuco - RJ
Aparecida Maria de Paula - MG
Denise Simão - RJ
Ellis D'Arrigo Busnello - RS
Francisco José Dias da Silva - ES
Gilberto Padilha de Vargas - RS
João Werner Falk - RS

Neice Müller Xavier Faria - MG
Maria Isa Herkenhoff Araujo - ES
Marilda Vargas Freitas Plácido - RJ
Paulo Fontoura Freitas - SC
Paulo Maurício de Oliveira Vieira - RJ
Regina Celia B. Zuim - RJ
Ronaldo Bordin - RS

ANEXO F1: DECLARAÇÃO DE PETRÓPOLIS, NOV/1981, p. 1

DECLARAÇÃO DE PETRÓPOLIS

Os coordenadores de Programas de Residências em Medicina Geral Comunitária, que visam a formação de um Médico Geral Comunitário, reunidos em Petrópolis, Rio de Janeiro, por ocasião da V Jornada de Infectologia e Medicina Comunitária promovida pelo Instituto de Saúde Comunitária e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina de Petrópolis, com a participação da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, da Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade Médica, da Secretaria de Saúde e do Hospital Municipal de Petrópolis, após terem apresentado, discutido e avaliado as atividades que vêm desenvolvendo, cumprem o dever de divulgar às populações interessadas, professores e alunos das Escolas Médicas e de Ciências da Saúde, comunidades usuárias e clientes dos serviços de saúde a elas prestados através das mais diversas instituições, suas conclusões e opiniões, que julgam interessar a todos por ser a saúde física, mental e social das populações brasileiras assunto sério demais para ser discutido apenas por educadores e administradores.

Os programas coordenados pelos signatários desta declaração estão em franco desenvolvimento alguns desde 1974. A análise do desenvolvimento dos mesmos permite afirmar que:

1. A formação do Médico Geral Comunitário é necessária e essencial para o atendimento das reais necessidades de saúde de populações, através da prestação de cuidados primordiais (primários) de saúde;
2. Esta formação deve ser feita a nível de graduação e de pós-graduação - pois mesmo quando as Escolas de Medicina passem a cumprir o seu dever de formar um Médico orientado à prática geral, garantindo uma terminalidade aos cursos médicos, a formação de professores de Médicos Gerais Comunitários, a educação continuada e um tratamento, pelo menos igual àquele que é dispensado à formação de especialistas, exigirá a manutenção da formação em regime de Residência para o Médico Geral Comunitário;
3. Esta formação deve ser apoiada pelos organismos governamentais de níveis central e local, encarregados direta e indiretamente da prestação de serviços de saúde e de treinamento de pessoal para a saúde (Ministério e Secretarias Estaduais da Saúde, Ministério da Previdência e seus Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e Delegacias Estaduais, Ministério da Educação e as escolas das Ciências da Saú

ANEXO F2: DECLARAÇÃO DE PETRÓPOLIS, NOV/1981, p. 2

de de suas Universidades e pelas Secretarias Municipais de Saúde), que assim corresponderão de forma igual e parelha ao apoio que as comunidades, as organizações comunitárias e os próprios internos e residentes dos programas têm dado ao mesmo;

4. Esta formação deve ser a mais ampla possível nos campos dos cuidados materno infantis, medicina interna, cirurgia, saúde mental, problemas sociais e de outros campos relacionados com a prestação de cuidados primários para uma população, e incluir o ensino de medidas de alcance coletivo características das atividades da Saúde Pública, tais como Epidemiologia, Planejamento, Administração, Educação para a Saúde, Saneamento, a fim de que os residentes adquiram uma consciência crítica sobre os objetivos, os métodos e os resultados das atividades em que se engajaram.

As residências de Medicina Geral Comunitária lançadas, de início, em áreas demonstrativas, têm acumulado já uma experiência que, por ser comum a muitas das áreas, merecem ser divulgadas ao público:

1. Por se dedicarem à prestação, a indivíduos e populações, de cuidados integrais, preventivos, curáticos e reabilitadores, nos planos físico, psicológico e social, de forma continuada, personalizada e participativa, têm recebido o apoio e o reconhecimento das mesmas, que assim aprovam a qualidade do serviço recebido;
2. Tem sido procuradas por candidatos vocacionados a se dedicar à Prática Geral Comunitária, desejosos de se profissionalizar como tal, e que, anteriormente à criação das mesmas, não encontravam local, orientação e formação que canalizasse seu propósito original.
3. Os egressos dos programas têm encontrado trabalho mesmo em locais onde não se desenvolvem programas de interiorização e de organização de serviços de cuidados primários de saúde, sendo absorvidos nos próprios programas para o seu fortalecimento, em Postos Avançados e locais, que desenvolvem programas de cuidados primários, em serviços ambulatoriais e mesmo no exercício de prática privada, o que tem tranquilizado os responsáveis pelos programas quanto a existência e aceitação dos mesmos pelo mercado de trabalho;
4. Os serviços têm sido solicitados a fornecer um número maior de profissionais e por vezes criticados por formar um número insuficiente para mercado de trabalho que já existe.

ANEXO F3: DECLARAÇÃO DE PETRÓPOLIS, NOV/1981, p. 3

3

5. Os serviços têm sido solicitados a treinar, em programas mais curtos, e de forma intensiva, especialistas que desejam trabalhar em locais de prestação de cuidados primários;
6. Os serviços têm sido visitados por pessoas interessadas no desenvolvimento de experiências semelhantes em nosso país e no estrangeiro, que os consideram replicáveis a seus locais de atuação;
7. Os serviços têm atuado como modelos de prestação de serviços de saúde, de treinamento de pessoal e de integração do sistema de saúde com o sistema de treinamento de pessoal, por se constituírem nos locais mais adequados à realização de uma verdadeira integração docente-assistencial.

Modificações e reformas exigem tempo para a cristalização de sua definição de objetivos, para a organização de metodologias comuns e peculiares para os diversos programas, e para que se possa sistematizar uma avaliação.

Reflexo desta condição de toda tarefa inovadora é a própria denominação do profissional médico que estamos pós-graduando, cujo nome mais adequado poderá ser médico Prático Geral, Médico de Família ou Médico Comunitário. A impropriedade dos termos que o denominam não é tão grave quanto a alienação dos órgãos formadores e prestadores de serviços no campo da saúde, quanto às reais necessidades de saúde das populações brasileiras e de um tipo de profissional adequado a atendê-la, que é certamente este médico que estamos preparando.

Já é tempo de que os órgãos pertencentes ao sistema de educação se adaptem às solicitações de prestação de serviços e de formação de profissionais exigidas pelas necessidades médico-sociais das populações, realizando, através dos serviços de prestação de cuidados primários de saúde uma verdadeira e definida integração docente-assistencial.

ANEXO F4: DECLARAÇÃO DE PETRÓPOLIS, NOV/1981, p. 4

4

Também já é tempo de que as Universidades abram a possibilidade de carreira docente para os encarregados da formação destes novos profissionais e dos próprios Médicos Gerais Comunitários, com oportunidades iguais às que se oferecem àqueles que se dirigem à especialização.

E por estarmos firmemente convencidos de que só atingiremos o ideal de saúde para todos através da extensão de uma rede de cuidados primários (primordiais) de saúde, atendida por Médicos Gerais Comunitários, e acreditarmos na tarefa em que nos empenhamos neste momento, é que julgamos cumprir nosso dever dando de público esta declaração.

Petrópolis, 07 de novembro de 1981.

Carlos Borges
Coordenador do Projeto
Universidade Federal do Maranhão

Guilherme Abath
Coordenador do Projeto Vitória
Universidade Federal de Pernambuco

Eduardo Vilhena Leite
Coordenador do Programa de Medicina
Geral Comunitária - Faculdade de Medicina de Petrópolis

Kurt Kloetzel
Coordenador do Programa de Medicina
Geral Comunitária - Universidade Federal de Pelotas

Coordenador do Programa de Medicina
Geral Comunitária da Escola Paulista de Medicina

Coordenador do

Ellis D'Arrigo Busnello
Fundador e Ex-Médico Chefe do Sistema de Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Nelson Rudi Koehler
Coordenador do Planejamento, Ensino e Pesquisa da Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

ANEXO G1: UM POUCO DE HISTÓRIA, 03.10.86, p. 1



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA / SBMGC

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

UM POUCO DE HISTÓRIA

No final de novembro de 1985 um grupo de residentes e ex-residentes de Medicina Geral Comunitária (MGC) reuniu-se em Petrópolis - RJ por ocasião do Encontro Brasileiro de Residentes e Ex-Residentes de Medicina Geral Comunitária. Participaram 48 colegas de 7 estados brasileiros. Na ocasião discutiram-se questões relativas ao Campo de Atuação, Perfil Profissional e Programa Mínimo da Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. Na plenária final de Encontro, além da discussão e aprovação do relatório final do evento, foram encaminhadas uma série de questões de caráter organizativo, entre as quais a necessidade de uma Entidade que congregasse a nível nacional os profissionais da área. Optou-se por reativar a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC) que havia sido totalmente esvaziada com a criação da Associação Brasileira de Medicina Familiar - ABRAMEF. Com este objetivo foi designada a Delegação Gaúcha presente como Comissão Pró-Reativação da SBMGC.

Em dezembro de 1985 este Grupo Gaúcho organizou-se e venceu as eleições para a Diretoria do Departamento de Saúde Comunitária da Associação Médica do Rio Grande do Sul (DSC/AMRIGS) tendo na sua plataforma eleitoral a proposta de reativação da SBMGC. Este fato viabilizou a infra-estrutura necessária do trabalho da comissão.

No início de março de 1986 o DSC/AMRIGS promoveu o I ENCONTRO SUL-BRASILEIRO DE MÉDICOS GERAIS COMUNITÁRIOS, iniciando o processo de mobilização e de reconhecimento dos profissionais da área. Participaram colegas do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que compartilharam suas experiências, discutiram questões organizativas e perspectivas da especialidade e as propostas da categoria para a VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

No dia 21 de março de 1986, por ocasião da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, em Assembléia Nacional dos Médicos Gerais Comunitários, da qual participaram 21 colegas de 8 estados, foi reativada oficialmente a SBMGC.

Constituíram-se Delegados Estaduais e ao Rio Grande do Sul foi delegada a Diretoria Provisória.

Os MGC Gaúchos em Assembléia Estadual escolheram os nomes para compor a Diretoria provisória.

De imediato iniciou-se o processo de organização Nacional. Através dos Delegados Estaduais em 10 Estados, funcionando como ele entre a Diretoria e os Núcleos Estaduais, incentivou-se o processo de discussão e organização Regional.

No dia 20 de abril de 1986 reuniu-se pela primeira vez, em Petrópolis-RJ, o Conselho Diretor da SBMGC. Os representantes dos Núcleos Estaduais de 5 estados, elaboraram nesta ocasião documento que procurava de finir questões relativas à concepção da MGC como especialidade médica e definiram o programa, data e local do I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA.

ANEXO G2: UM POUCO DE HISTÓRIA, 03.10.86, p. 2



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA /SBMGC

FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Em maio encaminhou-se ao Conselho Federal de Medicina o pedido de reconhecimento da especialidade. Neste processo o Conselho Diretor reuniu-se no Rio de Janeiro com a Comissão de Especialidade do CFM, embasando a solicitação encaminhada e subsidiando o parecer a ser dado pela Comissão.

Neste momento o movimento se fortalece nos estados e o I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária avançava já em sua organização.

Em julho, por ocasião da 3ª Reunião do Conselho Diretor, foi oportunidade de audiências com dirigentes do INAMPS, FIOCRUZ e ABRASCO. Estivemos também novamente no CFM, acompanhando nosso processo e na AMB, encaminhando solicitação oficial de filiação à esta.

De 3 a 7 de setembro de 1986, realizamos, com o apoio de diversas instituições, em Sete Lagoas-MG, o I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Participaram 153 profissionais de 14 estados. Em mesas-redondas que tiveram a participação de nomes reconhecidos. Discutimos: Saúde e Constituinte, Sistema Nacional de Saúde e Mercado de Trabalho do Médico Geral Comunitário, Marcos Históricos e Ideológicos, Perfil Profissional, Campo de Atuação e Concepção de Especialidade da Medicina Geral Comunitária. O trabalho em grupos de discussão e as plenárias consolidaram as discussões, definindo estas questões, expressas no Relatório Final do Congresso.

Neste interim iniciou-se a articulação internacional da Sociedade através da participação de representantes na I JORNADA CIENTÍFICA NACIONAL DE MEDICINA GERAL em San Miguel de Tucumán - Argentina e no IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR na cidade do México.

A seguir participamos do I CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA no Rio de Janeiro, ampliando nossa participação no Movimento Nacional da Reforma Sanitária.

A última reunião do Conselho Diretor, realizada após o I CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, aprofundou a discussão organizativa e política da Sociedade e de nossa inserção na atual conjuntura Nacional.

Diversas atividades estão programadas, assim como uma efetiva participação em todos os Foros de discussão da área da Saúde. No momento os Médicos Gerais Comunitários estão organizados em Núcleos Estaduais que deverão evoluir para Sociedades Estaduais, algumas já este ano.

A DIRETORIA

Porto Alegre, 3 de outubro de 1986.

ANEXO H1: DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, MAIO/1982, p. 1

DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO

Os Coordenadores de Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, reunidos no Rio de Janeiro, nos dias 31 de maio e 1º de junho, com a presença do Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica, do Secretário Executivo do Programa de Apoio às Residências em Medicina Geral Comunitária, do Coordenador dos Programas de Medicina Geral Comunitária do INAMPS e dos Representantes da Federação Panamericana de Educação Médica e da Fundação Kellogg, revisaram os progressos havidos no desenvolvimento de programas de assistência de saúde para populações a nível de cuidados primários e de formação de profissionais práticos gerais.

Os integrantes dos programas desenvolvidos em São Luiz (Maranhão), em Natal (Rio Grande do Norte), em Recife (Pernambuco), em Goiânia (Goiás), em Petrópolis (Rio de Janeiro), em Cotia (São Paulo), em São Paulo (São Paulo), em Londrina (Paraná), no Rio de Janeiro (RJ), em Pelotas (RS) e em Porto Alegre (RS), tiveram a oportunidade de apresentar os progressos realizados em seus respectivos programas e as dificuldades superadas ou por superar. Intercambiaram conhecimentos e experiências, bem como estabeleceram um cronograma de atividades para o ano em curso.

Consideraram básico que os diversos programas busquem formar residentes dentro de uma estrutura sistêmica de serviços de Saúde Comunitária, onde uma rede de postos de saúde, operados por uma equipe primária de saúde, preste cuidados a uma população geográfica e/ou funcionalmente definida, com serviços de saúde na retaguarda capazes de proporcionar cuidados secundários e terciários que venham a ser necessários, e que é desejável e urgente este tipo de estruturação de serviços para fins de organização de um programa de residência onde prestação de serviços e o ensino tenham objetivos comuns.

Consideraram também necessário que se ^{busque junto} formalize ^{perante} a Associação Médica Brasileira e ao Conselho Federal de Medicina a existência ~~de fato~~ de um número imenso de médicos práticos gerais em ~~atividade no~~ nosso país, cujas atividades foram consagradas pela necessidade das populações por eles atendidas, e por um número bem menor de egressos dos programas de formação de médicos práticos gerais nas residências atualmente existentes, tanto os uns quanto os outros desejosos e merecedores de que a sua existência de fato receba a aprovação formal das entidades que regem o exercício da profissão de

→ fazer rec. a nível de fato e de direito

ANEXO H2: DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, MAIO/1982, p. 2

médico e as atividades associativas em nível nacional, tais como a Associação Médica Brasileira e os Conselhos Federais e Regionais de Medicina.

Consideraram, mais uma vez, necessário declarar que o médico prático geral deve ter sua formação complementada em residências sob a forma de programas de especialização, uma vez que algumas das atividades que deverão desempenhar em planejamento, administração, controle epidemiológico, ensino de pessoal e pesquisa em cuidados primários, requerem uma complementação do curso de graduação nestas áreas específicas, uma vez que se trata de preparar um especialista em cuidados primários. Outrossim, este tipo de profissional é requerido para o treinamento dos futuros médicos práticos gerais, razão que, de per si, justifica a existência da especialização sob a forma de residência.

Consideraram também necessário enfatizar a natureza diversa entre o curso básico de saúde pública e as residências em saúde pública com a residência em medicina geral comunitária, dirigindo-se as primeiras, principalmente, à formação de administradores de programas de saúde, pesquisadores e avaliadores de programas, e a segunda enfatizando a concessão de cuidados de saúde a populações definidas e, portanto, formando pessoas capazes de executar, diretamente, tarefas que visam a concessão de cuidados primários de saúde ou, então, de administrar serviços ou coordenar equipes comprometidos com aquela forma de prestação de serviços.

Consideraram também a necessidade da criação, dentro das escolas médicas, de um departamento de saúde comunitária integrado por profissionais práticos gerais comunitários, a fim de que a reorientação dos cursos de graduação para a formação de um médico prático geral fosse promovida e desenvolvida por práticos gerais e não por especialistas apenas, tanto por questões técnicas quanto por questões de formação, uma vez que estes e somente estes podem ser o modelo de identificação do tipo de profissional que as escolas de medicina devem graduar, para bem servir à população brasileira.

Consideraram também os prejuízos que estão onerando os usuários dos serviços de saúde especializados atualmente existentes, submetidos a uma série de procedimentos médicos e cirúrgicos desnecessários e algumas vezes iatrogênicos, que oneram os pacientes e o sistema de saúde atualmente existente, esperando que uma rede de serviços de cuidados primários, simplificando o atendimento e mantendo uma elevada qualidade no manejo dos mesmos, se constitua numa forma de disciplinar a área da concessão de cuidados de saúde.

ANEXO H3: DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, MAIO/1982, p. 3

Consideraram também necessária sua ativa participação nas entidades de classe, onde os propósitos que os animam de bem servir à população brasileira, a realidade médico-social e a medicina, possam ser divulgados e expressos a todos, colegas e usuários dos serviços de saúde, bem como à população brasileira em geral que, no seu entender, devem ser informados sobre os rumos e as tendências da organização dos serviços de saúde e da formação dos profissionais que neles atuam.

ANEXO I: MOÇÃO DE PROTESTO DA CÂMARA DE VEREADORES DE MARIANA, 04.01.1985



CEP 35.420

Ofício N.º :
 Assunto : INDICAÇÃO Nº _____/85
 Serviço :
 Data : EXCELENTÍSSIMO SENHOR
 DUARTE EUSTAQUIO GONÇALVES
 DD. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
 APROVADO
 EM 04/01/85
 PRESIDENTE
 SECRETÁRIO

Os Vereadores com assento a essa Casa de Leis, que esta subscrevem, requerem a Vossa Excelência, na forma Regimental, seja enviado Ofício de protesto dessa Casa, ao Chefe do Poder Público Municipal, pela atitude tomada, em prejuízo ao povo sofrido da zona rural, fechando os postos médicos distritais, e, exigimos a reabertura dos mesmos em regime de urgência.

Sala das Reuniões, em 04 de Janeiro de 1985.

Vereador - Sebastião Evangelista Fernandes.

Vereador - José Cota Magalhães.

Vereador - José Tito Soares

Vereador - João Serfim Dias.

JUSTIFICATIVA: Estamos conscientes de estarmos exercendo os nossos legítimos deveres de defender os sagrados direitos dos nossos povos, gritando pelos mesmos, nas horas de suas aflições.

Mariana, não mais admite, não aceita política baixa de destruir o que foi construído por outro Prefeito, como os Postos Criados pela Administração Jadir Macedo. Cabe a nós zelar pelo patrimônio público, idealizados e construídos através das inspirações de seus governantes, como os Postos de saúde distritais.

Devemos refletir, que os atendimentos locais, teve o pensamento maior da administração anterior, ivitar um contingente enorme de doentes a procura dos Hospitais, pois tem os postos, a medicina preventiva.

O Prefeito, como administrador da coisa pública, não pode tomar atitudes de tamanho prejuízo para o povo.

**ANEXO J: CORRESPONDÊNCIA DA CÂMARA DE MARIANA AOS MÉDICOS
RESIDENTES, 14.01.1985**



CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CEP 35.420

Excelentíssimos Senhores
Médicos Residentes de Mariana - MG

Respeitosas Saudações,

Para conhecimento de Vossas Excelências, comunicamos-lhes, que, através da Câmara Municipal de Mariana, foi aprovado, por unanimidade, Moção de Protesto ao Prefeito Municipal, apresentada, pela Bancada Opositora, contra sua arbitrária decisão de fechar os Postos de Saúde Distritais, ocasionando o unilateral rompimento de contrato com os dedicados médicos que neles prestavam brilhantes serviços. Quem perdeu com esse ato arbitrário, foi a população carente e muito mais Mariana, pois tal atitude, veio interromper um trabalho bem planejado, com os frutos já sendo colhidos, com a espetacular educação e prevenção sanitária e saúde, com seu alto nível atingido. As gestantes, já tendo um conhecimento de como proceder neste importante período, até a concepção. As crianças, já tendo um conhecimento de defesa. Mariana, sabe lhes agradecer.

Deus lhes pague.

Mariana, 14 de Janeiro de 1985.

Sebastião Evangelista Fernandes
Vereador - Sebastião Evangelista Fernandes.

**ANEXO K: CARTA DOS MÉDICOS RESIDENTES AOS FUNCIONÁRIOS DO
HMH**

AOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MONSENHOR HORTA

O ano de 1.984 finda e com ele termina um trabalho que vem se mantendo a duras penas há 7 anos, que é a Residência de Medicina Geral e Comunitária. Inicialmente o trabalho da residência sendo unicamente hospitalar assistencial; se estende hoje a atividades de prevenção como vacinas pré-natal e puericultura. Atualmente somos seis residentes atuando nas várias áreas de Medicina-Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia-Obstetrícia, Medicina Comunitária. Atendemos em seis postos da zona rural, prestando assistência basicamente à população carente.

Consideramos a supervisão feita pelo corpo clínico do hospital de ótima qualidade tanto do ponto de vista técnico, como de relacionamento humano; melhor seria difícil. Tentamos executar um trabalho de boa qualidade, com carinho e dedicação e achamos que dentro dos limites que temos, estamos conseguindo. O relacionamento com os funcionários do hospital de uma forma geral tem sido bom, a nosso ver.

O trabalho feito pela residência inclui o atendimento na zona rural, no posto da prefeitura e no hospital. A Residência Médica entendida como um período de aperfeiçoamento do médico recém-formado inclui também além dos serviços de assistência propriamente ditos, reuniões e discussões de aprimoramento científico, tudo isso estimado em 60 horas semanais. Tentamos durante todo esse ano regularizar nossa situação enquanto médicos residentes, com contrato de trabalho e equiparação de nossa bolsa de trabalho com os demais residentes do país.

Foi uma luta contínua e dia 21/12/84 tudo parecia acertado.

Foi feita uma reunião nesta data com a presença de representantes da prefeitura, do hospital, do corpo clínico, dos residentes e um compromisso verbal de manutenção da residência, cabendo à prefeitura 89% e ao hospital 11% da bolsa além da assinatura do contrato de trabalho.

Basicamente eram esses os itens que faltavam para o credenciamento da residência junto ao Ministério de Educação e Cultura, fato este que estará a próximo a acontecer agora em janeiro de 1.985.

Acontece que no dia 28/12/84 soubemos de uma circular afixada no posto da prefeitura dispensando os serviços dos médicos residentes.

E assim termina de uma forma injustificada que nos deixa atônitos e indignados um trabalho de medicina, que a nosso ver, beneficiava a todos. Tentaremos ainda negociar uma solução favorável para a situação, no que depender de nós tudo será feito para a manutenção desse trabalho, e porque não dizer desse sonho que já estava florescendo...

Se não conseguirmos, achamos que valeu a pena o que foi realizado.

Sem mais,

um grande abraço.

Associação dos Médicos Residentes de Mariana - M.G

Mariana, 29 de Dezembro de 1.984.

**ANEXO L: PROJETO DE UM SISTEMA DE SAÚDE COMUNITÁRIA, OUT/1974-
ABR/1975**

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Centro Médico Social São José de Murialde

6331



Assessoria de
JORGE CARBAJAL

Colaboração do Pessoal
do Centro Médico-Social
e da Comunidade.

Porto Alegre - Rio Grande do Sul
Outubro de 1974 / Abril de 1975.

Este Documento de Trabalho sintetiza os pensamentos e os progressos alcançados pelo Centro Médico Social São José do Murialdo para melhorar a saúde de sua comunidade desde 1972, entre os quais destacam-se:

- Implantação de Equipes Primárias compostas por Médicos de Comunidade, Auxiliares de Saúde e Voluntários de Saúde da própria comunidade.
- Reorganização das Equipes Especializadas com ênfase na consultoria às Equipes Primárias.
- Desenvolvimento dos serviços de informação e de apoio administrativo.
- Transferência das Equipes Primárias para Postos Avançados, no seio da comunidade.
- Ativa participação comunitária no planejamento e execução dos serviços.
- Organização de Prontuários de Família baseados na identificação de problemas (Método de Weed).
- Início da auditoria dos Serviços.
- Atividades de treinamento em serviço.
- Planejamento de Residência em Saúde Comunitária.
- Atividades de Desenvolvimento Organizacional.

S U M Á R I O

1. INTRODUÇÃO
2. HISTÓRICO
3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA
4. PROPÓSITOS
5. OBJETIVO GERAL
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
7. SISTEMÁTICA DE TRABALHO
8. ORGANIZAÇÃO
9. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

1 - INTRODUÇÃO

No Estado do Rio Grande do Sul a responsabilidade pelos Serviços de Assistência à Saúde é assumida principalmente por duas entidades - Secretaria da Saúde do Estado e INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul dá maior ênfase ao trabalho de promoção da saúde e proteção específica contra as doenças (Prevenção Primária) enquanto que o INPS dá maior atenção aos aspectos curativos e reabilitadores (Prevenção Secundária e Terciária) do trabalho da saúde.

Apesar de existir um grande número (mais de 300) de Postos de Saúde distribuídos por todo o Rio Grande do Sul, os serviços prestados estão longe de atingir as necessidades da população.

A população não procura esses serviços proporcionalmente à sua oferta. Este é um problema que deve receber atenção não só das Ciências da Saúde, mas principalmente das Ciências Sociais. Essa atitude deve estar relacionada com o tipo de prestação dos serviços, geralmente feito de forma não sistemática, criando confusão entre os usuários. Isto parece ocorrer porque a população vê o problema da saúde de maneira integral, percebendo a enfermidade como algo que vem perturbar sua pessoa, sua família e a comunidade. A população não foi consultada na organização atual dos serviços de saúde. Seu ponto de vista é o que mais deve interessar aos planejadores. Se houvesse sido consultada diria que não quer procurar saúde em 4 ou 5 serviços diferentes.

Realmente, o que ocorre é que esta população tem amplas potencialidades a serem usadas. Esta população certamente não só participará da Organização dos Serviços Integrados da Saúde como também muito provavelmente dará sugestões sobre novos caminhos na prestação de serviços. Até o presente não tem sido dada oportunidade para a capacidade criadora, imaginativa da população a fim de que colabore no planejamento da prestação dos serviços que se organizam. E por isso não se recebe o apoio e a colaboração de pessoas que podem trabalhar para ajudar, mesmo dentro das comunidades menos desenvolvidas, de menor nível econômico e social. Qualquer comunidade tem possibilidades de trabalhar efetivamente na sua própria ajuda. Frente a uma doença a população deseja a sua eliminação e pronta recuperação da saúde. A população espera que seja um único, o sistema que lhe permita recuperar a saúde. Porém, o que ocorre na prática é que quando há necessidade de medidas preventivas tem que procurar um tipo de serviço, se requer medicina curativa deve ir a outro tipo de serviço, o mesmo ocorrendo quando precisa de reabilitação. A isto se acresce outra dissociação no que diz respeito à saúde física e à saúde mental. E por fim, ocorre também com respeito à Saúde Social, uma vez que os assun

tos dos esteróides estão afetos a outros órgãos.

É evidente que ao planejar devemos concentrar os esforços para manter os serviços de saúde dentro de um mesmo sistema e dentro de um princípio de continuidade geográfica.

Baseados nesta conceituação, pensamos em organizar um modelo prático, funcional, viável, feito na comunidade com participação da população que pudesse integrar tanto os esforços dos técnicos como os dos pacientes e da população; servir tanto para a prestação de serviços quanto para o treinamento de pessoal e proporcionar possibilidades de investigação. Em resumo, trata-se de organizar um Sistema de Saúde Comunitária, onde ainda que experimentalmente possa-se aplicar uma série de conhecimentos que estudos de Administração em Saúde demonstraram serem consonantes com as necessidades reais da população. Pela sua praticabilidade e eficiência, este Sistema deve ser passível de ser adaptado em outros locais do Estado, País, ou mesmo em outros países da América Latina. Um sistema onde se possa aplicar as idéias de integração dos Serviços de Saúde e da prestação dos serviços a toda a população, procurando vencer as barreiras atualmente existentes.

O presente projeto foi elaborado com o propósito de servir como documento de trabalho para:

- 1) Condensar a evolução do pensamento e da ação da equipe que trabalha no Centro Médico-Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, facilitando assim a comunicação e em consequência o desenvolvimento organizacional do serviço.
- 2) Evidenciar os objetivos e a estratégia escolhida pela equipe aos grupos e instituições detentoras dos recursos e do poder decisório, visando obter um maior afluxo de insumos que assegure o desenvolvimento do serviço.
- 3) Divulgar a evolução do Centro em direção a um Serviço de Saúde Comunitária, os fatores condicionantes dessa evolução, os sucessos e as dificuldades encontradas de modo a formar um corpo de conhecimentos que possa ser útil para outros grupos que desejem promover e implementar os princípios de saúde comunitária.

Como as demais atividades que vem sendo desenvolvidas no Centro, este projeto, ainda que redigido por uns poucos, é na verdade o resultado de um trabalho de equipe. Com ele se tenta descrever um processo de mudança institucional que se encontra em pleno andamento, e assim sendo parte do que é dito já foi realizado, outras partes estão em realização e outras ainda estão por ser feitas, podendo ainda virem a sofrer muitas modificações. Como documento de trabalho o projeto tem a dupla função de orientar a ação e de relatar a ação executada.

2. HISTORICO

O Centro Médico-Social São José do Murialdo, sito à rua Vidal de Negreiros, 443, localiza-se na Vila São José, núcleo residencial da periferia urbana de Porto Alegre, a 7 km. em linha reta e à sudeste do centro da cidade. Na Vila residem pessoas de classe social desde a média inferior até a marginal, sendo a maioria dos trabalhadores não qualificados. Sua população atual é de aproximadamente 30.000 habitantes, originalmente provenientes do interior do Estado e de outras vilas de Porto Alegre, com tendência a estabilização no local.

As terras da Vila São José, geralmente devolutas, pertenciam à Prefeitura Municipal de Porto Alegre. O arruamento inicial foi feito em 1930, e em 1940 foi desmembrada da Vila João Pessoa. Em 1950 a Prefeitura Municipal construiu ali uma das primeiras vilas populares de Porto Alegre.

Em 1954 foi fundada a Associação de Proteção à Infância, entidade filantrópica dos Padres Josefinos da Sociedade Civil Instituto Leonar do Murialdo, de Jaguarão, e que visava a educação primária e profissional, assistência social, cultural e recreativa da Vila São José.

Em 21 de novembro de 1957 foi celebrado convênio entre a Associação e a Secretaria da Saúde, na época ainda Departamento Estadual de Saúde, visando a construção, instalação e manutenção de uma Casa da Criança na Vila São José, com posto de puericultura, creche, escola maternal, jardim de infância e agência de serviço social. O Estado contribuiu com recursos financeiros para a construção e manutenção da Casa e com orientação técnica dos serviços, cabendo à Associação a administração dos serviços. Esse convênio foi aditado em 13 de maio de 1962, comprometendo-se a Secretaria a fornecer uma verba anual de manutenção, orientação técnica dos serviços, bem como um médico pré-natalista, um médico pediatra e um dentista.

Por meio de novo convênio firmado em 26 de abril de 1963 com a Associação, a Secretaria manteve a dotação anual para o funcionamento do serviço, comprometeu-se a construir uma escada de acesso externo no prédio, e a realizar trabalhos de saúde pública na Vila. A Associação poria à disposição da Secretaria as onze salas que já vinham sendo utilizadas. A Direção do Centro passou a ser exercida pela Secretaria, devendo a Associação designar um Coordenador Social junto à mesma.

De 1957 a 1962 o Centro funcionou com apenas um médico pediatra, ao qual veio se juntar, a partir de 1962, um médico ginecologista. O primeiro chefe do Centro foi designado em 25 de junho de 1963, e nesse mesmo ano foram recebidos auxílios em pessoal, material e orientação técnica da Fundação Serviços de Saúde Pública e do Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde.

Em 5 de agosto de 1964 foi firmado convênio entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, objetivando o treinamento de alunos da Faculdade de Medicina em medicina preventiva e saúde pública, bem como a formação e o aperfeiçoamento do pessoal da Secretaria da Saúde do Estado. Para tanto a Universidade comprometeu-se a assumir a Chefia do Centro, sem prejuízo da subordinação técnica e administrativa à Secretaria da Saúde, e a colocar à disposição do Centro seu corpo docente e servidores burocráticos.

Em 1967 a Organização Panamericana da Saúde propõe um Acordo para o Desenvolvimento da Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a ser celebrado com essa Universidade, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a Pontifícia Universidade Católica e a Faculdade Católica de Medicina. Esse Acordo, que não chegou a ser assinado, visava o desenvolvimento e a integração do ensino de medicina preventiva, o estabelecimento de programas de medicina familiar e das comunidades urbana e rural com consulta externa, hospitalização e serviços complementares, e ainda a coordenação e integração de todos os serviços de saúde visando estabelecer a regionalização dos serviços.

Em 4 de outubro de 1972 assume a chefia do Centro um médico da Secretaria da Saúde. Por essa época trabalhavam no Centro 55 pessoas, sendo 13 médicos, 2 dentistas, 2 psicólogos, 1 enfermeira, 4 assistentes sociais, 1 psico-pedagogo, 12 auxiliares ou atendentes de enfermagem, 5 visitadoras sanitárias, 4 auxiliares de serviço social, 4 auxiliares de saneamento e pessoal administrativo e servente.

Em 15 de maio de 1974 é rescindido pela Secretaria o convênio com a Associação. O pessoal que era pago pela Associação com recursos do convênio, e que eram 5 médicos, 2 dentistas, 2 educadores sanitários e 6 auxiliares, é dispensado ou contratado pela Secretaria. A Secretaria mantém o pagamento do aluguel à Associação pelo uso das salas.

3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

O problema básico identificado no Centro Médico-Social São José do Murialdo, que constitui a justificativa deste Projeto, e que parece envolver a Saúde Pública em geral, é a crescente perda de relevância de seus serviços para a comunidade. Essa perda de relevância foi identificada pela baixa e inadequada utilização dos serviços, escassa cobertura, com pequena parcela da população ocupando os serviços com problemas triviais ou não solucionados em consultas que se repetem indefinidamente, atendimento passivo da demanda com serviços tradicionais de consulta médica, ausência de programação de atividades, ausência de serviços domiciliares, mínima coordenação com os serviços hospitalares ou outros serviços, ênfase decrescente em atividades de prevenção primária e ausência de prevenção terciária.

Em consequência dessa perda de relevância, a população e os escalões superiores da instituição deixam de exercer pressões e estímulos sobre os serviços, o que propicia sua alienação crescente e enclausuramento. Os serviços passam a responder a necessidades definidas internamente. As prioridades são estabelecidas em função das idéias e dos interesses dos profissionais e não de acordo com a importância do problema para a comunidade, fato esse demonstrado pelo local, horário e a forma de atendimento adotados.

Enfraquecido o vínculo com a realidade externa, o pessoal do Centro cresce, de conformidade com as leis de Parkinson. Os profissionais, em condições de exercer maior pressão, ocupam postos que poderiam ser destinados a pessoal de nível médio ou auxiliar. Assim é que em 1973 trabalhavam no Centro 64 pessoas em regimes variados, equivalendo a 45 funcionários em tempo integral. Desse total, 33 profissionais de nível superior, sendo que 18 eram médicos, representando, em termos equivalentes em tempo integral, a 12 profissionais e a 7 médicos.

O individualismo e as idiosincrasias dos profissionais fez com que se formem grupos independentes dentro do serviço, com pouca comunicação entre si. O desenvolvimento variável desses grupos depende das características pessoais dos profissionais que estão nesses grupos. Os grupos crescem e se multiplicam dentro do serviço, e não existe um mecanismo formal de controle e avaliação. Em 1973 haviam 21 seções subordinadas à Chefia do Centro, em forma horizontal, com apenas dois escalões hierárquicos.

Outro aspecto importante encontrado no serviço foi a rigidez dos papéis dos profissionais e sua resistência à mudança, decorrente de sua formação profissional orientada para o atendimento de episódios de doenças específicas dentro de "seu" ambiente natural: o consultório ou o hospital. O "especialismo", ou seja, a redução defensiva do âmbito das atividades profissionais a determinadas áreas, é estimulado não só pelo mer-

caso de trabalho como pelas próprias escolas de medicina. Todos os profissionais do Centro eram especialistas, e o encaminhamento de pacientes dentro do próprio serviço era extremamente ineficaz e frustrante para os pacientes, lembrando o que acontece aos processos em certos serviços burocratizados.

As atividades de ensino desenvolvidas no Centro para alunos de cursos de graduação em medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, serviço social e outros, serviram mais ou menos eficazmente como uma exposição aos problemas da comunidade, porém não receberam os benefícios de um serviço voltado para a solução desses problemas, e muito menos serviram para beneficiar os serviços. Percebia-se muitas vezes que o móvel principal das atividades de ensino era o interesse didático dos professores, com pouca ênfase nas necessidades e condições dos alunos, e menos ainda no interesse da integração do ensino com os serviços. A introdução da visita domiciliar como atividade de ensino para estudantes de medicina, apesar de ser uma inovação quanto ao método, causou resistências e conflitos com os estudantes, pois se pedia que os mesmos realizassem uma tarefa que o Centro não estava realizando, nem estava preparado para realizar, como ficou mais tarde demonstrado.

O fato do Centro estar voltado para si mesmo, o envolvimento do pessoal em tarefas repetitivas do dia a dia, a ausência de um sistema de informações e a compartimentalização do ensino são partes da explicação do fato de praticamente não haver atividades de estudo e pesquisa próprias.

A. PROPÓSITOS

O propósito fundamental da reforma preconizada é o atendimento eficaz dos interesses e necessidades básicas de saúde da população da Vila São José, nos seus aspectos físicos, mentais e sociais, considerando as pessoas como indivíduos integrais e únicos e como membros de grupos sociais, ao mesmo tempo agentes e pacientes de seu meio ambiente, com base num relacionamento humano íntimo, igualitário e continuado entre a população e a equipe de saúde.

Buscar-se-á reduzir a brecha crescente que existe, por um lado, entre as necessidades de saúde e os serviços que estão sendo produzidos, e por outro lado, entre o que a ciência sabe e o que se está aplicando efetivamente. O atendimento personalizado a indivíduos e a grupos deverá ser adequadamente compatibilizado com a finalidade de elevar o nível médio de saúde da comunidade, por meio de atividades que visem a manutenção da saúde e o combate a fatores de risco especiais.

Procurar-se-á ativamente eliminar as barreiras sociais, econômicas e culturais que dificultam a utilização dos serviços de saúde e assim promover a igualdade das oportunidades de acesso aos serviços, de acordo com critérios de necessidades de saúde.

O modelo de organização dos serviços adotado para implementar esses propósitos deverá ser suficientemente simples, flexível e eficiente para poder ser adotado em outros locais do Estado e mesmo do País, de acordo com a realidade de saúde e os recursos humanos, financeiros, tecnológicos e institucionais disponíveis. A organização deverá servir para a experimentação de novas funções e novos tipos de pessoal de saúde, mais adequados aos requisitos de um serviço comunitário de saúde, e assim oferecer uma alternativa viável ao modelo de ensino vigente em nossas escolas.

5. OBJETIVO GERAL

Organizar um sistema de saúde que proporcione a uma população de finida um serviço comunitário de saúde que faça a promoção da saúde e a proteção específica contra as doenças (prevenção primária), o diagnóstico precoce, o pronto tratamento e a limitação da incapacidade (prevenção secundária) e a reabilitação (prevenção terciária) de problemas que afetam condições de saúde física, mental e social.

Para a organização desse sistema, adotou-se o seguinte esquema referencial:

<u>População</u>	<u>Agrupamento</u>	<u>Serviços</u>	<u>Unidade</u>
1-10	Família	Auto-cuidados Assist. domiciliar	Domicílio
3-5 mil	Vizinhança	Cuidados primários (equipe primária)	Ambulatório (Posto Avançado)
40-80mil	Comunidade	Especializados básicos (medicina interna, cirurgia geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, saúde mental, odontologia, saneamento, serviço social).	Hospital comunitário, 60-150 leitos, 2 leitos/mil habitantes.
300-600mil	Micro-região, distrito	Especializados (cardiologia, urologia, psiquiatria, neurologia, etc.).	Hospital regional ou distrital, 250-500 leitos, 0,8 leitos por mil habitantes.
e-6 milhões	Região	Super-especializados (cirurgia torácica, neuro-cirurgia, radioterapia, etc.)	Hospital de base, 600-800 leitos, 0,2 leitos por mil habitantes.

De acordo com esse esquema referencial, chegou-se à conclusão que a peça fundamental do sistema é o ambulatório de cuidados primários, cuja organização passou a ser a meta imediata do projeto.

ficadas:

- 1) Primeiro contato do paciente com o sistema de saúde.
- 2) Interesse genuíno, personalizado e permanente voltado para as necessidades integrais dos pacientes de sua área.
- 3) Identificação de problemas físicos, mentais e sociais do paciente e da comunidade, e elaboração, juntamente com o paciente ou do grupo comunitário, de um plano para a solução desses problemas.
- 4) Execução direta da maior parte dos serviços de saúde requeridos (aproximadamente 90%).
- 5) Encaminhamento, controle e coordenação dos serviços especializados que venham a ser necessários (10% da demanda, aproximadamente).
- 6) Colaboração para a solução de problemas que dependam de ações externas ao sistema de saúde.
- 7) Ênfase em atividades que visem a manutenção da saúde.
- 8) Avaliação com o paciente e a comunidade do resultado dos serviços recebidos e planejamento conjunto das atividades de saúde.
9. Realização de estudos e pesquisas necessários à determinação de prioridades e à organização do trabalho.
10. Execução permanente de atividades de treinamento em serviço e de desenvolvimento organizacional.

Considera-se como Equipe Primária a menor equipe de saúde em contato direto com a população, capaz de proporcionar cuidados primários de saúde a uma população de uma área geográfica definida.

A Equipe Primária básica será formada por um ou dois Médicos de Comunidade (generalista, de família, de cuidados primários), dois ou quatro Auxiliares de Saúde e por um número variável de Voluntários de Saúde da própria comunidade. Essa equipe terá sob sua responsabilidade permanente uma população de 3 a 5 mil habitantes, residente numa área geograficamente bem definida, onde deverá se localizar o ambulatório da equipe. A divisão de tarefas na equipe será feita de acordo com critérios de complexidade e frequência, e não de acordo com a natureza da tarefa. Assim, tanto o médico fará visitas domiciliares quanto o auxiliar de saúde fará diagnóstico e tratamento de problemas mais simples. Além da assis-

tência domiciliar e ambulatorial, a equipe primária disporá de um hospital comunitário, onde poderá hospitalizar e tratar seus pacientes, e onde estarão disponíveis especialistas básicos para atender pacientes ambulatoriais ou hospitalizados referidos pelas equipes primárias nas suas especialidades. Deverá haver um hospital comunitário para cada 10 a 20 equipes primárias.

Os demais níveis do sistema terão uma área geográfica e demograficamente adequada para drenar pacientes com patologias menos frequentes em número suficiente para promover uma boa utilização dos equipamentos mais sofisticados e para garantir a manutenção das habilidades dos especialistas nessas patologias.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 6.1. Organizar 4 Equipes Primárias, cada uma delas composta por dois Médicos de Comunidade e quatro Auxiliares de Saúde de tempo integral e de um número variável de Voluntários de Saúde.
- 6.2. Delimitar uma área de atendimento para cada Equipe Primária, com limites geográficos precisos, e que contenha uma população cuja demanda equivalha à demanda total de uma população de 3 a 5 mil habitantes.
- 6.3. Transferir progressivamente as Equipes Primárias do Centro Médico para pequenos ambulatórios localizados no interior de suas áreas de atendimento (Postos Avançados).
- 6.4. Promover adequada interação das Equipes Primárias com suas comunidades (vizinhanças), por meio de atividades de assistência domiciliar, participação em reuniões comunitárias, trabalho conjunto com os Voluntários de Saúde e levantamento das necessidades de saúde e dos recursos da área.
- 6.5. Modificar os serviços especializados do Centro, com integração de algumas funções, tais como de assistência à tuberculose e à nutrição, nas das Equipes Primárias, evitando o atendimento direto de pacientes pelas equipes especializadas. Iniciar a assessoria técnica e o treinamento em serviço das Equipes Primárias no atendimento dos problemas básicos das diversas especialidades.

- 6.6. Reorganizar administrativamente o Centro, para facilitar a adoção do novo modelo baseado nas Equipes Primárias, visando melhorar a comunicação, a delegação da autoridade e da responsabilidade, o processo decisório, o controle da implementação do Sistema e a avaliação das atividades.
- 6.7. Estabelecer um sistema de treinamento em serviço permanente e global de toda a equipe do Centro, baseado na avaliação de desempenho e na solução de problemas, visando fortalecer o espírito de equipe e promover os conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias às tarefas da saúde comunitária.
- 6.8. Organizar um estágio unificado para estudantes e profissionais de vários níveis e áreas de atuação, baseado no treinamento em serviço e sem individualizar papéis de professor e de aluno.
- 6.9. Desenvolver um programa de residência em saúde comunitária para profissionais de saúde em geral, particularmente os médicos, com base na integração dos componentes serviço-ensino-pesquisa, bem como outras modalidades de treinamento pós-graduado, como aquelas destinadas a complementar o treinamento em outras especialidades.
- 6.10. Promover a realização e divulgar estudos e pesquisas sobre a realidade médico-social da área de atendimento do sistema, tanto nos aspectos de nível de saúde como nos seus fatores condicionantes, sociais e econômicos, bem como sobre a avaliação da eficácia e eficiência dos recursos e serviços disponíveis.
- 6.11. Promover o estabelecimento de um Hospital Comunitário que sirva de apoio às Equipes Primárias, de acordo com o esquema referencial adotado.

7. SISTEMÁTICA DE TRABALHO

Para conseguir atingir os objetivos do Centro Médico, usar-se-á a seguinte sistemática de trabalho:

7.1. Em relação ao objetivo 6.1, Organização de Equipes Primárias:

7.1.1. Especificação do número e das funções dos membros da Equipe Primária, que em princípio serão:

Médico de Comunidade: em número de dois, responsável pelo atendimento primário da população de sua área e pela coordenação da Equipe Primária. Deve ter conhecimentos, atitudes e habilidades que assegurem o atendimento integral e contínuo dos problemas físicos, mentais e sociais dos pacientes e da comunidade, através de medidas individuais e coletivas, bem como conhecimentos de administração e de dinâmica de grupos.

Auxiliar de Saúde: em número de quatro, deve ter um treinamento ou boa experiência em Serviços de Saúde, bem como atitudes e habilidades que favoreçam o bom relacionamento com os pacientes e a comunidade. Deve ter condições de assumir responsabilidades delegadas pelo Médico de Comunidade, e executar tarefas administrativas e serviços gerais.

Voluntário de Saúde: em número variável, deve morar na mesma área de atendimento, ser um líder natural, ter habilidades e algum conhecimento no trato de problemas de saúde e demonstrar interesse em colaborar gratuitamente com a Equipe Primária. Deverão fazer educação sanitária, primeiros socorros, curativos, injeções, vacinas, visita domiciliar, recepção e triagem de pacientes no ambulatório e transmissão de informações entre a comunidade e a Equipe Primária.

7.1.2. Recrutamento e seleção de pessoal para constituir 4 Equipes Primárias, utilizando o pessoal disponível no Centro, da forma que segue:

Médico de Comunidade: poderá ser empregado um médico internista ou a associação de um pediatra com um obstetra/ginecologista.

Auxiliar de Saúde: poderão ser utilizados Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Visitadores Sanitários ou Auxiliares de Saneamento.

Voluntário de Saúde: a ser identificado na comunidade.

7.1.3. Treinamento inicial das Equipes Primárias, visando principalmente a formação da equipe.

7.2. Em relação ao objetivo 6,2, Delimitação das Áreas de Atendimento:

7.2.1. Constituição de grupo de trabalho, com membros das Equipes Primárias, da Comunidade e da Administração do Centro, para estudar a delimitação das áreas de atendimento de cada Equipe Primária, com base em critérios de população, distâncias, facilidades de acesso, agrupamentos naturais, nível sócio-econômico, demanda provável e outros.

7.2.2. Revisão periódica da adequação da divisão adotada, com base no número de famílias inscritas em cada Equipe Primária, no número de atendimentos efetuados e nos recursos humanos disponíveis.

7.3. Em relação ao objetivo 6.3, Organização dos Postos Avançados:

7.3.1. Estudo do local de instalação dos Postos Avançados em sua sub-área, pela Equipe que a atende, e pela população atendida.

7.3.2. Elaboração do projeto arquitetônico que atenda às funções previstas.

7.3.3. Levantamento e obtenção dos recursos humanos e materiais necessários à instalação do Posto Avançado.

7.3.4. Realizar levantamento dos problemas de saúde da área e estabelecer planos operacionais para sua solução.

7.3.5. Efetivar a transferência das Equipes Primárias para os Postos Avançados.

7.4. Em relação ao objetivo 6.4, Interação com a Comunidade:

7.4.1. Desenvolvimento de pesquisas que levantem as necessidades e façam o inventário dos recursos de saúde da área de atendimento.

7.4.2. Desenvolvimento de um programa de atendimento domiciliar.

7.4.3. Desenvolvimento de um programa para Voluntários de Saúde, com recrutamento, seleção e treinamento dos voluntários.

7.4.4. Participação em reuniões de grupos comunitários formais e informais existentes para envolvimento dos mesmos em tarefas de saúde.

7.4.5. Trabalho integrado do Pessoal do Posto Avançado com o de outras Instituições.

7.4.6. Organização dos Conselhos Comunitários de Saúde da população

da área, para avaliação e revisão das atividades do Posto Avançado.

7.5. Em relação ao objetivo 6.5, Modificação dos Serviços Especializados:

7.5.1. Sensibilização das Equipes Especializadas para o trabalho de Saúde Comunitária, em grupo e para grupos, e com delegação de autoridade.

7.5.2. Integração do atendimento de alguns problemas de elevada prevalência, tais como tuberculose, desnutrição, alcoolismo e saneamento no trabalho das Equipes Primárias, com delegação de algumas funções que vinham sendo desenvolvidas pela Equipe Especializada.

7.5.3. Prestar Assessoria Técnica e participar do Treinamento em Serviço das Equipes Primárias e aos demais Serviços do Sistema, a fim de que se capacitem a atender os problemas básicos de cada serviço especializado.

7.5.4. Reorganização interna das Equipes Especializadas.

7.5.5. Programar as atividades de sua área de especialização, tanto aquelas que serão executadas diretamente pelo Serviço Especializado como as que serão realizadas pelas Equipes Primárias.

7.5.6. Buscar a participação da Comunidade na execução dos Serviços Especializados.

7.6. Em relação ao objetivo 6.6, Reorganização administrativa:

7.6.1. Criação de 3 Coordenações: Serviços, Planejamento-Ensino-Pesquisa e Administração.

7.6.2. Adoção do modelo matricial e de organização por objetivos para a Coordenação do Planejamento-Ensino-Pesquisa.

7.6.3. Modernização das funções de apoio administrativo e organização de sistemas de controle financeiro, de pessoal, arquivo, almoxarifado e serviços gerais.

7.6.4. Organização de um sistema de informações que faça a coleta das informações que estão sendo produzidas pelos serviços, o processamento e a montagem adequada das mesmas, e as entregue aos usuários na ocasião oportuna.

7.6.5. Organização de um sistema de controle do uso das salas e das atividades agendadas.

cada um dos níveis e grupos administrativos, como uma Reunião Geral do Centro (mensal), uma Reunião de Coordenação Geral do nível de direção superior do Centro (semanal), reuniões de Coordenação de Serviços, Ensino, Pesquisa e Administração (semanais), e reuniões de cada Equipe Primária e das Equipes Especializadas (semanais).

7.6.7. Organização de um sistema de auditoria, com base na auto-avaliação, e com participação da comunidade e de técnicos e autoridades externas.

7.6.8. Elaborar um quadro de pessoal necessário às atividades do Centro e promover medidas para a implementação desse quadro. Prevê-se os seguintes cargos e vagas em horário integral:

- 1 Médico-Chefe
- 2 Coordenadores Médicos
- 8 Médicos de Comunidade
- 1 Médico Psiquiatra
- 3 Dentistas
- 2 Enfermeiros
- 2 Psicólogos
- 2 Assistentes Sociais
- 1 Técnico em Administração
- 1 Técnico em Laboratório
- 1 Inspetor de Saneamento
- 4 Auxiliares Administrativos
- 3 Auxiliares de Saneamento
- 1 Auxiliar de Laboratorista
- 5 Serventes

37 TOTAL.

7.7. Em relação ao objetivo 6.7, Treinamento em Serviço:

7.7.1. Organizar um sistema de treinamento através da supervisão permanente dos serviços, visando a solução de problemas e incorporando a avaliação de resultados.

7.7.2. Identificar necessidades reais e sentidas de treinamento dentro dos programas estabelecidos como prioritários pelo Centro. Dentre as áreas que podem ser consideradas prioritárias citamos: atendimento domiciliar, desnutrição, gestação de alto risco, tuberculose, alcoolismo, distúrbios de aprendizagem escolar, planejamento familiar, saneamento domiciliar, manejo de doenças crônicas, detecção precoce do câncer, desemprego e sub-emprego, doenças venéreas, dinâmica familiar.

7.7.3. Organizar atividades variadas de ensino-aprendizagem

atendimento das necessidades identificadas, com ênfase na auto-instrução, aprendizagem em grupo e grupos-tarefa.

7.7.4. Introduzir técnicas de Desenvolvimento Organizacional visando o treinamento de sensibilidade, formação de equipe e formulação de objetivos.

Em relação ao objetivo 6.8, Estágio Unificado:

7.8.1. Unificar a atual programação dos estágios para estudantes dos Cursos de Medicina, Enfermagem Psiquiátrica, Psicologia, Serviço Social e Psicopedagogia, buscando proporcionar uma vivência de trabalho numa equipe de saúde comunitária, e aprendizado de técnicas específicas da profissão que estão sendo aplicadas pela equipe. Estágio Unificado terá uma fase de trabalho numa Equipe Primária e outra numa Equipe Especializada da opção do Estagiário.

7.8.2. Divulgar o programa do Estágio Unificado entre as Faculdades da área da saúde, visando recrutar candidatos e selecionar os os candidatos em função do número de vagas que comportam os serviços e dos pré-requisitos necessários.

7.8.3. Promover a integração dos estagiários na sistemática de trabalho das equipes, organizar atividades de supervisão periódica do estágio e Grupos de Relacionamento para auxiliar na solução de problemas de relacionamento estagiário-estagiário, estagiário-pacientes, estagiário-equipe e estagiário-profissão. Além de participarem do treinamento em serviço da sua equipe, o estagiário participará de atividades de ensino-aprendizagem organizadas para os estagiários.

7.8.4. Promover a compatibilização do programa do Estágio Unificado com os programas de treinamento da Escola de Saúde Pública e os requisitos dos cursos de formação de profissionais da saúde.

7.8.5. Organizar estágios para pessoal profissional, técnico e auxiliar que quiserem colaborar por períodos limitados com os Serviços do Centro, ao mesmo tempo em que adquirem conhecimentos, atitudes e habilidades específicas de Saúde Comunitária.

7.8.6. Praticar os conceitos de aprendizagem centradas no aluno e de auto-avaliação.

7.9. Em relação ao objetivo 6.9, Residência em Saúde de Comunitária:

7.9.1. Elaborar um programa de Residência em Saúde Comunitária, visando inicialmente a formação do Médico de Comunidade, ampliando-se posteriormente para outros profissionais que devam integrar uma equipe de saúde comunitária.

7.9.2. Divulgar o programa visando o recrutamento de candidatos, obtenção de recursos para desenvolvimento do programa e criação de um mercado de trabalho para os egressos do mesmo.

7.9.3. Executar o programa harmonicamente com as necessidades e capacidades do Serviço; visando a melhoria dos mesmos, em primeiro lugar, e a produção de egressos em segundo lugar.

7.9.4. Promover pesquisas sobre a realidade da área que tenham resultados diretos sobre a saúde da população e que possam ser aplicados pelos Serviços e estimular as atividades de supervisão e auditoria dos Serviços.

7.10. Em relação ao objetivo 7.10, Estudos e Pesquisas:

7.10.1. Realizar pesquisas para identificar o nível de saúde física, mental e social da área, avaliar os fatores condicionantes físicos, ecológicos, sociais e propor estratégias de atuação para os Serviços do Centro.

7.10.2. Realizar pesquisas sobre a eficácia e eficiência dos Serviços de Saúde prestados à população da área, e propor formas alternativas de organização dos mesmos.

7.10.3. Promover a participação de todo o pessoal do Centro e da comunidade para a realização das pesquisas e para a implementação dos resultados das mesmas.

7.10.4. Realizar estudos e revisões bibliográficas sobre temas de importância para a Saúde Comunitária.

7.10.5. Divulgar os resultados dos estudos e pesquisas entre o pessoal do Centro e nos meios interessados, selecionando veículos adequados para essa divulgação.

7.11. Em relação ao objetivo 7.11, Hospital Comunitário:

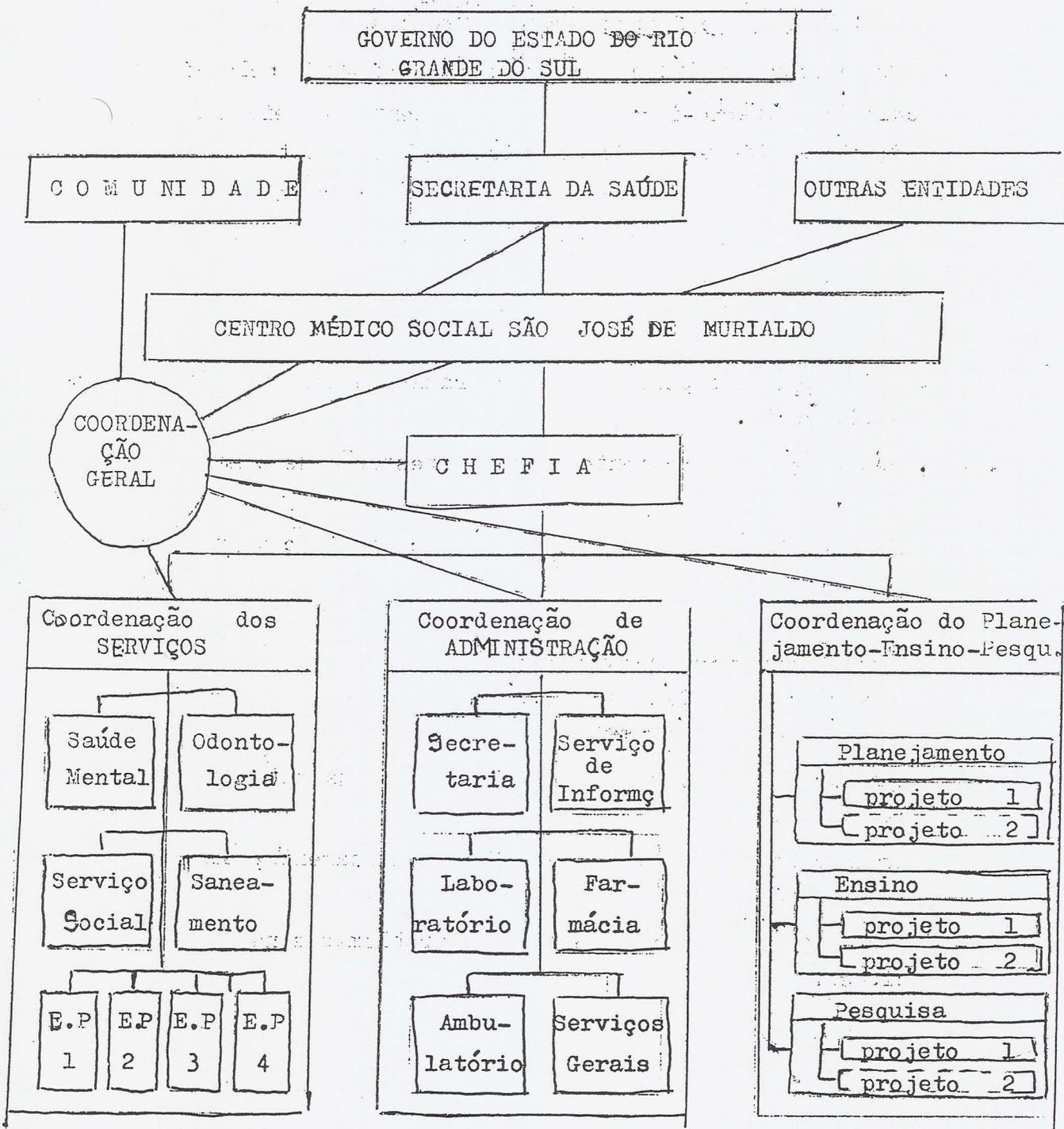
7.11.1. Organização de uma Comissão, composta por representantes do nível central da Secretaria da Saúde, Escola de Saúde Pública e Centro Médico-Social, para elaborar o projeto do Hospital Comunitário.

7.11.2. Elaboração do projeto, considerando a possibilidade de uti

lizar parte do Hospital Sanatório Partenon como Hospital Comunitário e de transferência da Escola de Saúde Pública para o mesmo local.

- 7.11.3. Transferir as Equipes Especializadas e a Administração do Centro para o Hospital Comunitário, deixando no prédio atual uma Equipe Primária.
- 7.11.4. Organizar novos Postos Avançados em novas áreas de atendimento primário, para ampliar a área de atendimento do Hospital Comunitário, segundo o esquema referencial adotado.
- 7.11.5. Estabelecer a articulação das Equipes Primárias com o Hospital Comunitário, e deste com um Hospital de Base, que poderia ser o Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou o Hospital da PUC.
- 7.11.6. Estudar a articulação do Sistema de Saúde Comunitária com os demais componentes do Setor, particularmente com a Previdência Social e as Universidades.

8.1. ORGANOGRAMA



8.2. Funções da Chefia:

- 8.2.1. Liderar a política de implantação de um sistema de saúde comunitária, promovendo o papel dos serviços básicos de saúde na dispensa de cuidados para a população.
- 8.2.2. Planejar e organizar as atividades do sistema.
- 8.2.3. Assegurar o registro adequado e contínuo dos serviços prestados na unidade em prontuários de família, prontamente disponíveis, que permitam colher dados estatísticos essenciais.
- 8.2.4. Empreender atividades de educação para a saúde, bem como programas de treinamento de pessoal em serviço.
- 8.2.5. Supervisionar e orientar os novos elementos da equipe e os auxiliares.
- 8.2.6. Manter os programas de controle de moléstias infecciosas, de cuidados materno-infantil, de saneamento do meio ambiente e de saúde mental.
- 8.2.7. Estimular os programas de participação comunitária.
- 8.2.8. Supervisão do programa de ensinos.
- 8.2.9. Supervisão dos programas de pesquisas.
- 8.2.10. Supervisão do planejamento.
- 8.2.11. Orientação e supervisão de programas de desenvolvimento de assistência.
- 8.2.12. Elaboração do orçamento anual e prestação de contas da unidade.
- 8.2.13. Representação do Centro junto à Secretaria e a outras entidades.

3. Funções do Colegiado de Coordenação:

- 8.3.1. Estabelecer a política de Saúde a ser adotada pelo Sistema de Saúde Comunitária.
- 8.3.2. Aprovar os programas de Pesquisa e Planejamento de Assistência e de Ensino do Sistema.
- 8.3.3. Avaliar os Programas de Pesquisa, Planejamento, Serviço e Ensino do Sistema.
- 8.3.4. Assessorar a Chefia no estudo de problemas e na tomada de decisões.

4. Funções da Coordenação de Planejamento - Ensino - Pesquisa:

- 8.4.1. Formar e assessorar grupos de trabalho para o planejamento e programação de áreas específicas.
- 8.4.2. Estudar e relatar na reunião de Coordenação Geral os planos e projetos de interesse do Centro.
- 8.4.3. Promover a elaboração de um Plano Anual de Atividades do Centro.
- 8.4.4. Propor uma política de treinamento e de pesquisa para o Centro e programar essas atividades.
- 8.4.5. Coordenar a execução das atividades de treinamento e pesquisa do Centro.
- 8.4.6. Promover atividades de avaliação final dos resultados do Sistema de Saúde Comunitária, com participação da comunidade.

8.5. Funções da Coordenação da Administração:

- 8.5.1. Responsabilizar-se pelas tarefas administrativas do Centro Médico.
- 8.5.2. Fazer provisões e fiscalizar aplicações quanto ao abastecimento de todos os tipos de material e verbas recebidas e usadas no Centro Médico.
- 8.5.3. Responsabilizar-se pela manutenção e utilização das instalações da área física ocupada pelo Centro Médico.
- 8.5.4. Responsabilizar-se pela organização de um Serviço de Informações, com as seguintes funções:
 - 8.5.4.1. Contribuir para o atendimento oportuno e eficiente do paciente por meio de sistemas de admissão e arquivo que fornece o prontuário médico completo e de forma rápida toda vez que o paciente procura a Instituição.
 - 8.5.4.2. Dar ao corpo clínico toda a informação com que conte a Instituição sobre o paciente e prestar ajuda nas pesquisas científicas.
 - 8.5.4.3. Proporcionar à Direção toda a informação sobre as atividades realizadas para o melhor aproveitamento de Recursos Humanos e Materiais, determinando as necessidades propostas e para ajudar no programa de Saúde.

- 8.5.4.4. Proporcionar dados necessários para utilização dos meios com que se conte no momento e para o estudo das necessidades futuras.
- 8.5.4.5. Contribuir para a educação do pessoal médico e paramédico auxiliar e usuários.
- 8.5.4.6. Contribuir para o melhoramento do sistema de estatística de recursos e atividades gerais.
- 8.5.5. Responsabilizar-se pela Organização da Farmácia, com as seguintes funções:
 - 8.5.5.1. Receber receitas.
 - 8.5.5.2. Entregar os medicamentos e orientar os pacientes no uso das drogas.
 - 8.5.5.3. Manter o registro das receitas e dos medicamentos e controlar os estoques.
- 8.5.6. Responsabilizar-se pela organização do Ambulatório.
- 8.5.7. Responsabilizar-se pela organização do Laboratório.

8.6. Funções da Coordenação dos Serviços:

- 8.6.1. Programar, executar, supervisionar e avaliar a prestação de serviços de saúde do Sistema de Saúde.
- 8.6.2. Coordenar a prestação de serviços especializados nos Postos Avançados.
- 8.6.3. Favorecer a integração com os conselhos de saúde que funcionam na área de atendimento do Sistema de Saúde.
- 8.6.4. Favorecer a integração com o hospital comunitário para o cuidado de pacientes sob a responsabilidade do Sistema de Saúde.

8.7. Funções da Equipe Primária:

- 8.7.1. Estabelecer objetivos comuns da Equipe, compatíveis com os objetivos do Sistema, encarando os pacientes como membro da equipe (agentes de Saúde).
- 8.7.2. Dividir tarefas entre os membros da Equipe, de modo que cada um reconheça, aceite e respeite não só o seu papel e sua responsabilidade como as dos outros membros da Equipe.
- 8.7.3. Assegurar efetiva comunicação dentro da Equipe e com os demais componentes do Sistema.

- 8.8.2.3. Capacitação de lideranças existentes e estímulo à formação de novas, com vistas ao desempenho da função de agentes multiplicadores dos programas de saúde.
- 8.8.2.4. Identificação e utilização de recursos disponíveis para a solução dos problemas específicos.
- 8.8.2.5. Estímulo à formação de grupos em torno de programas de saúde estabelecidos em função de sua situação-problema, programas estes a serem desenvolvidos em colaboração com a Equipe Primária.
- 8.8.2.6. Estímulo à formação de grupos com objetivo de educação familiar.
- 8.8.2.7. Atendimento de indivíduos referidos pelas Equipes Primárias, com enfoque na família, para fins de diagnóstico e tratamento psico-social.
- 8.8.2.8. Atividade de informação sobre problemas específicos de saúde junto a lideranças da comunidade, com objetivo de facilitar a reintegração de pacientes reabilitados na mesma.
- 8.8.2.9. Participar de projetos de pesquisa médico-social.

8.8.3. Serviço de Odontologia:

- 8.8.3.1. Realizar a Assistência Odontológica dentro das prioridades estabelecidas:
 - a) Exodontias - toda a população;
 - b) Restauração - de 2 a 16 anos e gestantes. Em se tratando de dentição decídua, o tratamento recuperador ficará restrito aos primeiros molares e caninos;
 - c) Encaminhamento de serviços especializados não realizáveis no Centro Médico.
- 8.8.3.2. Testar novas formas de atendimento, principalmente dentro do campo prevenção primária:
 - a) Trabalho a ser desenvolvido junto ao Colégio do Posto Avançado do Morro da Cruz - Bochechos de Fluor.
- 8.8.3.3. Prover consultoria e treinamento em odontologia social para os demais serviços do Sistema e para a comunidade.
- 8.8.3.4. Participar dos programas de ensino e de pesquisa de forma sistemática.

- 8.7.4. Prover diretamente os cuidados primários de Saúde da população de sua área de atendimento.
- 8.7.5. Articular-se com as Equipes Especializadas e com os demais níveis do Sistema, acompanhando e responsabilizando-se pelos Serviços fornecidos pelos mesmos a pacientes de sua área.
- 8.7.6. Articular-se com entidades de outros setores cuja intervenção seja necessária para o atendimento de necessidades de Saúde da comunidade.
- 8.7.7. Avaliar os problemas de saúde de sua área e o resultado dos serviços produzidos.
- 8.7.8. Realizar atividades de ensino-aprendizagem, estudos e pesquisas necessárias à melhoria dos serviços.

8.8. Funções dos Serviços Especializados:

8.8.1. Saúde Mental:

- 8.8.1.1. Manter um serviço comunitário de Saúde Mental como parte do Sistema de Saúde Comunitária.
- 8.8.1.2. Prover assistência de acordo com as prioridades estabelecidas àqueles pacientes referidos pelas Equipes Primárias.
- 8.8.1.3. Participar dos programas de ensino de forma sistemática para todos os estagiários do Sistema.
- 8.8.1.4. Prover Consultoria e Treinamento em Saúde Mental para a Equipe de Saúde Mental, para os demais Serviços do Sistema e para a Comunidade.
- 8.8.1.5. Supervisar, sistematicamente, o trabalho de Saúde Mental em todas as Equipes Primárias, Especializadas e hospitalar comunitária.
- 8.8.1.6. Estimular a pesquisa para a solução de problemas prioritários de saúde mental.

8.8.2. Serviço Social:

- 8.8.2.1. Mobilização da comunidade, aproveitando a infraestrutura sócio-comunitária e/ou criando novos grupos em função da promoção e manutenção da saúde.
- 8.8.2.2. Atividade de assessoria e consultoria junto à equipe de saúde, à administração e à comunidade.

8.8.4. Serviço de Saneamento:

- 8.8.4.1. Promover campanha de saneamento básico domiciliar da comunidade da Vila São José.
- 8.8.4.2. Cooperação com o SAME do Centro Médico na localização e verificação de endereços.
- 8.8.4.3. Supervisão sistemática aos estagiários de Cursos em saneamento básico da Escola de Saúde Pública (formação de Auxiliares de Saneamento e Inspectores Sanitários) e esporádica a estagiários de outras áreas.

9. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

OBJETIVOS	ATIVIDADES	1975																	
		1º trim.				2º trim.				3º trim.				4º trim.					
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N							
1. Organização de 4 Equipes Primárias (EP)	1.1. Especificar funções dos membros da EP 1.2. Recrutar e selecionar o pessoal 1.3. Treinar em formação de equipe	x	x																
2. Delimitação de 4 áreas de atendimento.	2.1. Constituir grupo de trabalho para delimitação. 2.2. Revisar periodicamente a divisão				x														
3. Transferência de 3 EP para Postos Avançados (PA)	3.1. Estudar local de instalação dos P.A. 3.2. Elaborar projeto arquitetônico 3.3. Levantar recursos humanos e materiais 3.4. Estabelecer novos planos operacionais					x	x	x	x	x	x	x	x						
4. Interação das EP com a comunidade	4.1. Levantar necessidades e recursos de Saúde da área. 4.2. Elaborar programa de Atendimento Domiciliar 4.3. Elaborar programa, recrutar, selecionar e treinar Voluntários de Saúde 4.4. Participar em reuniões de grupos comunitários 4.5. Articular-se com o pessoal de outras instituições. 4.6. Formar um Conselho Comunitário de Saúde.					x	x												x

OBJETIVOS	ATIVIDADES	1975											
		1º trim.			2º trim.			3º trim.			4º trim.		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
5. Modificação das Equipes Especializadas (E.E.)	5.1. Sensibilizar as EE												
	5.2. Integrar atendimento alguns problemas nas Ep												
	5.3. Prestar assessoria técnica e participativo do treinamento em serviço das Ep.						X						
	5.4. Reorganizar internamente as EE.					X							
	5.5. Programar as atividades das EE					X							
	5.6. Buscar a participação da comunidade												X
6. Reorganização administrativa.	6.1. Criar 3 Coordenações												
	6.2. Adotar modelo matricial para a Coord.												
	6.3. Pl.-Ens.-Pesq.						X						
	6.4. Modernizar apoio administrativo												
	6.5. Organizar sistema de informações						X						
	6.6. Controlar uso das salas e agendar atividades.												
	6.7. Estabelecer reuniões sistemáticas												
	6.8. Organizar sistema de auditoria												
	6.9. Elaborar Quadro de Pessoal						X						X
7. Treinamento em Serviço	7.1. Organizar sistema de treinamento												
	7.2. Identificar necessidades de treinamento												
	7.3. Organizar atividades de ensino-aprendizagem.						X						
	7.4. Introduzir técnicas de Desenvolvimento Organizacional nas EE e EP.							X					X

OBJETIVOS	ATIVIDADES	1975											
		1º trim.			2º trim.			3º trim.			4º trim.		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
8. Estágio unificado	8.1. Unificar a programação dos estágios 8.2. Divulgar o programa do estágio unificado 8.3. Integrar estagiários nas equipes 8.4. Compatibilizar estágio c/outros programas 8.5. Expandir a clientela dos estágios 8.6. Praticar conceitos de aprendizagem e avaliação centrados no aluno.				X		X	X	X				
9. Residência em Saúde Comunitária.	9.1. Elaborar um programa 9.2. Divulgar o programa, recrutar candidatos, obter recursos. 9.3. Executar o programa. 9.4. Promover pesquisas, supervisão e auditoria			X			X	X	X	X			
10. Estudos e pesquisas	10.1. Realizar pesquisas sobre problemas de saúde 10.2. Realizar pesquisas sobre os serviços de saúde 10.3. Promover a participação do pessoal do Centro 10.4. Realizar estudos sobre Saúde Comunitária 10.5. Divulgar os resultados das pesquisas						X	X	X	X			
11. Hospital Comunitário	11.1. Organizar uma Comissão 11.2. Elaborar projeto do Hospital Comunitário 11.3. Transferir as EF e a Administração do Centro para o Hospital Comunitário 11.4. Organizar novos PA na área do Hospital Comunitário. 11.5. Articular as EP com o Hospital Comunitário e com Hospital de Base. 11.6. Articular o Sistema de Saúde Comunitária com demais componentes do setor.				X	X	X	X	X	X			X

