



C253q

13044/BCCL

Cintia Avila de Carvalho

"QUEM CONIA UM CONIO AUMENTA UM PONIO...."

As Estórias da Medicina Geral Comunitária no Espírito Santo

orient. Maria Cerveira T.

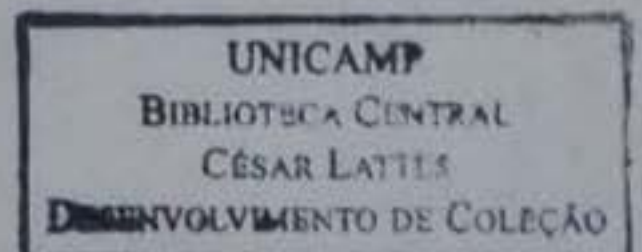
Dissertação de Mestrado

Este exemplar corresponde
à relação final da Tese
defendida e aprovada
pela comissão julgadora
23/04/90.

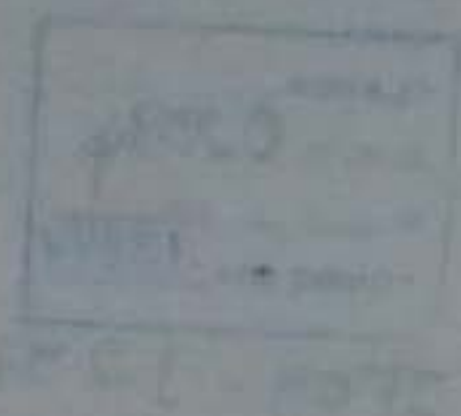
Mãe

Queluz

João F. M.



Cintia Avila de Carvalho



"QUEM CONIA UM CONIO AUMENTA UM PONIO..."

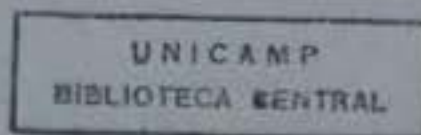
As Estórias da Medicina Geral Comunitária no Espírito Santo

Dissertação de Mestrado apresentada
ao programa de Pós-Graduação em An-
tropologia Social do Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Estadual de Campinas.

Financiada pela CAPES-PICD sob a
orientação da prof^a. Dra. Mariza
Côrrea.

30/9/90 796

Campinas/ 1990





T/UNICAMP
C253q
BCCL

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	1
Introdução: A situação.....	11
Capítulo I - O Muro Das Flores : A versão oficial.	
A criação do Programa de Residência em Medicina Geral Comu- nitária da Universidade Federal do Espírito Santo.....	28
A proposta do Programa de Residência em Medicina Geral Comu- nitária.....	35
A organização do Serviço.....	46
O funcionamento do PMGC.....	53
Uma avaliação do PMGC.....	60
As realizações do PMGC.....	75
Uma avaliação final do PMGC.....	79
Notas.....	83
Anexo I.....	95
Anexo II.....	113
Capítulo II - O Serviço Social de Medicina Geral Comunitária : A versão das Assistentes Sociais.	
Introdução.....	117
Diário de Campo.....	124
Avaliação do período de estágio.....	162
Notas.....	163

Capítulo III - Os bastidores: A versão da Antropóloga.

Introdução.....	176
Para não dizer "Eu sabia que era preciso mudar, mas não soube como": O mito de origem.....	178
"Um frasco como vários líquidos que não se misturam": A criação de uma equipe multidisciplinar.....	182
Como "trabalhar com a comunidade?": O início dos conflitos no PMGC.....	186
Os primeiros problemas com "a comunidade": A "culpa" é dos residentes.....	193
O Muro das Flores: Os primeiros confrontos com os moradores da APM.....	200
"Bolo dos pobres, bolo dos ricos": A relação entre o PMGC e os moradores da APM.....	206
Como pensa "a comunidade"?: A ênfase na pesquisa.....	214
A proposta de co-gestão da Unidade de Saúde: O fim do PMGC?.....	218
Notas.....	223

Capítulo IV - Considerações Finais: Como pensar estas histórias.

Introdução.....	238
"Quanto mais caminhos houver, mais descaminhos haverá" A Medicina Comunitária como uma "tradição" no Espírito Santo.....	241
"O Caldeirão Fervente da Instituição Psicanalítica": As relações entre Psicanálise e Medicina Comunitária.....	250

"Para mover o grande elefante de mármore branco..."	256
A "comunidade invisível"	259
Notas.....	265

BIBLIOGRAFIA

Em "uma residência"
São Paulo, 1972 e 1973

Aos "meus residentes"
Bia, César, Geruza e Isabel

"Est-il besoin de le dire: les anthro-
pologues n'ont ni mandat, ni compé-
tence pour se poser en porte- parole
des peuples qui les ont accueillis,
et encore moins pour donner es quali-
té des leçons de morale ou de politi-
que au monde. Les anthropologues sont
des femmes et des hommes ordinaires."
(Sperber, Dan - Le savoir des anthro-
pologues, 1982)

Agradecimentos

Escrever esta dissertação foi para mim, o mesmo que repensar todos os anos que passei no Espírito Santo e a forma pela qual cheguei lá. Pois, ao mesmo tempo em que contava as histórias da Medicina Geral Comunitária, relembrava os acontecimentos pessoais a ela vinculados.

Fiz o segundo grau e a graduação em Campinas apesar das viagens e deslocamentos de minha família em função da profissão de meu pai. Isso em nome de uma boa formação escolar considerada possível apenas no eixo Rio - São Paulo.

A primeira vez que vim ao Espírito Santo foi quando ainda era aluna de graduação, durante umas férias, porque meu pai trabalhava aqui, e não porque o Estado fizesse parte de algum roteiro turístico oficial ou alternativo. Ele era, mais do que agora, considerado como uma faixa de terra que aumentava o caminho entre o Rio de Janeiro e a Bahia. Ou, como se diz até hoje, a praia de Minas Gerais.

Conheci Guarapari, muito bonita em termos de belezas naturais, mas da qual não gostei devido à sujeira e à desorganização. Campinas era muito limpa naquela época, as ruas eram lavadas pela prefeitura. Não me lembro do motivo que me trouxe para Vitória. Mas lembro-me da Avenida Jerônimo Monteiro suja, cercada por grades de ferro para proteger os pedestres dos veículos que passavam a uma velocidade incrível. Ao menos foi essa

a explicação que me foi dada por um comerciante que possuía loja no local.

Nesta época, a antropologia que se estudava na Unicamp era fortemente influenciada pela antropologia que se fazia na Inglaterra e nos Estados Unidos. Muitos de nossos professores ou eram estrangeiros ou ligados a abordagens estrangeiras. Não me lembro de haver estudado Etnologia Brasileira com brasileiros, só com americanos.

Talvez por isto, tive uma grande surpresa quando, ao final de minha graduação, fui para a França estudar. Este foi o meu primeiro contato com um exótico que não estava inscrito nos países colonizados ou nos segmentos "marginalizados" objeto de pesquisa. Os meus olhos, tal e qual os dos europeus ou dos americanos, não haviam conseguido, até este momento, enxergá-lo no local onde este conceito havia sido produzido.

Somente quando de minha estadia na França fui capaz de perceber que o exótico poderia estar nos "hábitos desenvolvidos". Creio que, hoje em dia, este assunto tenha sido exaustivamente discutido. Entretanto, considero que, se foi bem teorizado, nem por isto tem sido bem praticado. Na verdade, a antropologia continua priorizando o estudo das populações "marginais" e buscando o exótico fora dos limites de seu grupo, entendido como classe média intelectualizada.

Este foi um dos motivos que me levaram, para utilizar a terminologia de Roberto Da Matta, a proceder a "viagem do xamã" e não a "viagem do herói clássico" (1) (DA MATTA, R. 1978). O outro, como não poderia deixar de ser, foi uma série de

coincidências.

Quando de minha volta para Vitória, depois de haver cumprido os créditos do mestrado, havia definido que iria estudar a relação patroa-empregada doméstica. Entretanto, após um convite para trabalhar com o grupo da Medicina Geral Comunitária, que aceitei, pensando ter um local privilegiado para pesquisar as empregadas domésticas - já que era uma área delimitada e com um grande número de mulheres que se sustentavam com esta profissão - muitas coisas mudaram.

Com o tempo, fui percebendo que, se meu objetivo era perceber o exótico nos "hábitos desenvolvidos", o meu objeto de estudo deveria ser o próprio Programa de Residência em Medicina Comunitária.

Este Programa tinha como base o estabelecimento de relações com uma população delimitada em uma área geográfica. Eu poderia ter estudado como esta população, denominada por eles Comunidade reagiu, sofreu influências, etc., por parte do Programa. Acredito que este assunto já foi muito discutido, pois como disse, a ênfase da antropologia parece ter recaído sempre em como "eles" pensam, reagem, etc. Pareceu-me mais interessante ver como "nós", enquanto classe média intelectualizada pensamos. Por isso o meu interesse nas transformações ocorridas no Programa devido ao contato com a Comunidade, mesmo que "invisível", e não no inverso.

Vários problemas se colocaram a partir do momento em que o meu objeto de estudo foi definido. Não fiz o que costuma ser denominado "pesquisa participante". (2) Meu objetivo não era este. Não quis me afastar temporariamente, pois considero que a

distância em relação ao objeto não é estabelecida por critérios geográficos ou temporais. Apenas me vi frente a uma situação em que, ao mesmo tempo em que participava dos acontecimentos, pretendia fazer deles meu objeto de análise.

Várias "pequenas" questões se colocaram, como, por exemplo, o anonimato dos informantes e a possibilidade de uma análise que não comprometesse as pessoas envolvidas no caso por mim relatado. Questão esta não muito simples quando distanciamento geográfico ou de classe não podem ser utilizados. Talvez pelo fato de não haver encontrado uma forma adequada para trabalhar estas questões, a apresentação formal de minha dissertação não obedeça ao modelo tradicional. Talvez esteja implícita aí uma determinada maneira de ver a Antropologia, qual seja, a de que esta disciplina é um discurso possível sobre uma determinada realidade e é mesmo constitutiva dela.

Porisso a minha opção de apresentar três histórias completas. Acredito que, mesmo que pareçam excludentes, sejam versões complementares sobre um mesmo objeto de estudo. E a minha história, mesmo que derivada de uma orientação teórica, não deixa de ser a história de minha escolha de objeto e de teorias que se prestassem a analisá-lo.

A escolha do título deve-se ao fato de que não considero que os antropólogos produzam uma versão final e definitiva sobre os fatos. Apenas contam mais uma história, dentro de uma ótica própria - sobre os acontecimentos. E este ditado popular escolhido nos mostra, melhor do que muitas teorias antropológicas, que o lugar do narrador altera, substancialmente, a história que é contada.

Desta forma, talvez eu aumente o meu ponto neste conto.

Mas retomando um pouco a colocação feita inicialmente, seria importante dizer que a estória do Programa de Medicina Geral Comunitária é, também, a estória de uma pessoa que fez um curso de Antropologia e que por motivos pessoais foi obrigada a sair do eixo Rio - São Paulo sem a menor convicção de que isto era adequado para a continuação do desenvolvimento de um trabalho acadêmico. É a estória de uma tentativa de realização de um trabalho fora da órbita dos grandes centros de saber do país, em um Estado marginalizado.

É, portanto, também desta estória de marginalização do Estado que trata esta dissertação. Até hoje não sei se valeu a pena ficar no Espírito Santo durante todos estes anos, mas aprendi a entender as suas limitações.

Por estas e muitas outras razões gostaria de agradecer aos membros do Programa de Medicina Geral Comunitária. Não só se prestaram a servir de objeto de estudo, como também me mostraram como é difícil viver e produzir em um lugar que, mesmo para nós, ainda é um pedaço de terra que aumenta a distância entre o Rio de Janeiro e a Bahia.

Entre estes colegas de trabalho cabe um agradecimento especial aos "meus" residentes César R. Colnago, Gerusa P. Tavares, Isabel M. de Almeida, Beatriz H. da Costa. A Camillo Chamoun, responsável por minha ida para o PMGC e ouvinte atento de minhas reclamações sobre os problemas que encontrei. Ao Dr. Talmon S. Fonseca, que me ensinou a ouvir estórias nas tardes de

quinta-feira. A Francisco José Silva, companhia constante nas discussões e nos trabalhos práticos. A Jader B. Cruz, que teve disponibilidade para conversar comigo depois de todas as minhas críticas.

Meus agradecimentos a Mariza Corrêa, sempre mais do que uma orientadora. Aos professores de Antropologia da Unicamp, especialmente a Guita Green Debert que, gentilmente, leu meus escritos e fez sugestões importantes. A Antonio Augusto Arantes e Carlos Rodrigues Brandão que participaram do Exame de Qualificação.

A Maria Aparecida de Lima Ávila e Carvalho, Beatriz Jesuína de Almeida Buschinelli e Celso Perota, que assumiram as disciplinas por mim ministradas, no DCSO da UFES. A Reinaldo Dietze, que perdeu horas preciosas de seu trabalho para ensinar-me a utilizar um computador. A Olga Maria Reis e Silva, que pacientemente leu os meus rascunhos. A Silvana e Rejane Rubino, que me acolheram em São Paulo sempre que precisei. A Roberto S. Yutaka, por seu carinho e sugestões.

A Izabel Cristina Pinheiro Pires, que coletou os dados sobre a história do E.S. A Rachel Cristina Mello Guimarães que imprimiu esta dissertação. A Paulo Sérgio Silva que desenhou os gráficos. A todos que, mesmo não sendo citados nominalmente, contribuíram para que eu pudesse realizar este trabalho. Devo, finalmente, agradecer a CAPES-PICD, que me concedeu uma bolsa que possibilitou a realização do curso de Mestrado.

NOIAS

(1) Ver a este respeito Roberto Da Matta (1978) quando discorre sobre a dupla tarefa do antropólogo, qual seja, transformar o exótico em familiar (a viagem do herói clássico) e o familiar em exótico (a viagem do xamã).

(2) Ver a este respeito Carlos Rodrigues Brandão (1981)

"(...)

- No começo não percebi. Pensei que não era a minha vez. Vocês sabem como vivem as autoridades: sempre distraídas. Passavam sem me olhar. Eu dizia: "continuam ocupados", mas na segunda semana comecei a desconfiar; e um dia que o sub-prefeito Valério estava sozinho me apresentei. Não me viu! Falei bastante tempo. Nem sequer levantou os olhos. Comecei a maliciar. No fim de semana meu cunhado Melécio me aconselhou consultar Victoria de Racre.

Abígeo e o Ladrão de Cavalos pararam de mastigar.

- E o que foi que Dona Victoria disse?

Era uma mulher tão temida que nenhum comuneiro ousava se referir a ela sem um respeito ostensivo.

- Que eu tinha me tornado invisível! Alguém tinha me feito "mal"!

- Não me admira - disse Abigeo, severo. - Não é a primeira vez que encontro um homem invisível. Os brancos vêm coisas que nós não enxergamos. Uma vez, viajando por La Unión, encontrei um engenheiro do Escritório Agropecuário. Todos desconfiavam. Ninguém chegava perto dele. Pior que sarnento! Bebendo uma tarde no botequim, o engenheiro chega perto de mim e diz:

- "Duça, amigo, vamos a uma cerveja".

- Com prazer engenheiro.

- Há muito tempo quero conversar com você.

- Às suas ordens, engenheiro.

- Observei que você é muito querido nesta cidade.

- Embora fique mal para mim dizê-lo, engenheiro.

- Duça, amigo, eu sou enviado do Escritório Agropecuário para lutar contra as doenças da batata. Posso fazer muita coisa pela agricultura, mas aqui as pessoas são muito desconfiadas. Não sei como lhes falar. Que é que você acha se eu o gratificar com um sol cada pessoa que você me conseguir para um bate papo ?"

"A cavalo dado não se olha o dente! Aquela mesma noite reuni trinta amigos! O engenheiro puxou o canudo. Falava bem! Explicou maravilhosamente a causa das doenças provocadas - segundo ele - por animais invisíveis, chamados micróbios. Já estava quase nos convencendo quando diz: "e para que vejam que não estou mentindo vou lhes mostrar uma fotografia desses micróbios". E puxa a foto de um animal horrível, com mil patas e chifres. "Este é o bicho que estraga seus campos!" As pessoas foram embora, morrendo de rir. Eu também saí. No dia seguinte o engenheiro me perguntou:

- O que foi que aconteceu? Por que é que eles foram embora?

- Desculpe, engenheiro, mas o pessoal saiu porque o senhor tem um parafuso de menos.

- Como assim?

- Esses animais que o senhor mostrou não existem, engenheiro. Se esses insetos tão grandes morassem aqui, o senhor acha que nós não os teríamos visto?

Abigeo concluiu:

- Eles são assim Fermín: enxergam coisas que nós não enxergamos, e ao contrário. (grifo meu) Teu caso é esse!

(...)"

SCORZA, Manuel - Garambo "O Invisível"

Ed. Civilização Brasileira - 1977 -

RJ - 2ª edição - pp 17-18.

INTRODUÇÃO : A SITUAÇÃO.

Abril de 1988. Reunião Geral do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal do Espírito Santo. Encontram-se presentes apenas quatro residentes e alguns preceptores. Entre estes, o responsável pela área de Saúde Pública, o Chefe de Serviço, a Chefe de Residência, o Psicanalista, a Psicóloga, a Antropóloga. Poucas pessoas em comparação com as reuniões de três ou quatro ano atrás. Em pauta, as "queixas" da Comunidade (1). Palavra que traduziu, ao longo destes anos, tudo o que foi dito pelos moradores da Comunidade Eucalipto, área de atuação do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, mais conhecido como PMGC.

A Chefe de Residência expõe a conversa que tivera, juntamente com a Assistente Social do Programa, na reunião da Comunidade onde, mais uma vez, a questão que se colocara fora a da relação entre a Comunidade e Programa. A Comunidade, através de Hildinete, D. Lia e Madalena, moradoras, havia reclamado do serviço prestado pelos novos residentes, pois estes, até esta data (2), não haviam se apresentado aos moradores da área. Além disto, diziam não estar dispostos a servirem de cobaias aos estudantes dos períodos iniciais da Faculdade de Medicina e reclamavam uma ênfase maior na qualidade do serviço médico prestado pela Unidade Thomas Tomazzi (3).

Estas "queixas", foram tomadas pelos presentes à reunião como um "sintoma", termos estes também muito utilizados pelos

membros do Programa, da atual desestruturação do PMGC devido à má escolha dos residentes, o que acarretou ou a desistência de alguns residentes do segundo ano - diminuindo o quadro de pessoal - ou a incapacidade de trabalhar dentro da "ideologia" da Medicina Geral Comunitária - por parte dos residentes do primeiro ano - enfraquecendo ainda mais os laços entre Programa e Comunidade.

Aparentemente, estas "queixas" eram as mesmas de quatro anos atrás. Entretanto, alguma coisa estava mudada. A diferença era que, pela primeira vez, estas "queixas" haviam sido formuladas dentro da linguagem do PMGC sendo, desta forma, uma crítica contundente ao trabalho desenvolvido pelos médicos. Pela primeira vez, a qualidade de atendimento médico, e não somente o relacionamento dos médicos com os moradores, havia sido questionada.

Após uma breve análise dos anos de trabalho com a Comunidade Eucalipto, o Chefe de Serviço afirmou que a Comunidade não precisava mais do PMGC e que, talvez, fosse o momento de parar o Serviço e recomeçar em outro lugar. Onde? Longe, em uma comunidade "carente" (4), onde não houvesse serviços médicos.

Outubro de 1984. Reunião Geral do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal do Espírito Santo. Encontram-se presentes os oito residentes, todos os preceptores do Programa, Hildinete e Madalena. Eu havia sido convidada para participar desta reunião como Antropóloga, pelo Preceptor de Saúde Pública pois, com a saída do Sociólogo, a equipe estava desfalcada. O objetivo da participação da

Antropóloga nesta reunião era o de apresentá-la aos membros do Programa e informá-la sobre o seu funcionamento. Mais tarde vim a saber que, se houvessem feito restrições a mim, como pessoa, não teria sido convidada a ficar, pois esta era a condição seguida à risca, principalmente depois dos problemas com alguns membros que haviam se desligado há pouco. Não esquecendo a importância da posição ocupada pela pessoa ou grupo responsável pelo convite.

A necessidade de uma Antropóloga na equipe foi justificada pela existência de problemas de relacionamento entre Programa e Comunidade. A equipe, ou ao menos alguns de seus membros, acreditava que uma antropóloga poderia ajudar a resolvê-los. Era a primeira vez que me pediam uma utilização prática da Antropologia. Tive a nítida sensação de que para eles não havia diferença entre o serviço de uma antropóloga e o de uma assistente social.

A reunião estava sendo realizada em uma das salas da Unidade Thomas Tomazzi denominada Sala de Reuniões. Era uma segunda-feira pela manhã. Uma sala retangular, branca, com uma grande mesa ao centro. Nas paredes estavam afixados cartazes - a serem utilizados com as crianças, pensei - sobre o ciclo da verminose, entre outras informações relativas ao funcionamento do Programa.

Todos de branco, grupo compacto em torno da mesa, mais ou menos quinze pessoas, se me lembro bem. Em um canto da sala, humildes e mal-vestidas, as duas representantes da Comunidade. A pauta, vim a saber depois, era fixa: informes da Comunidade, informes das Equipes Primárias de Saúde e em seguida os assuntos que deveriam ser discutidos, como neste dia o era, a participação ou não da Antropóloga no Programa.

Os informes da Comunidade passavam de comunicações sobre a saúde de alguns doentes, a pedidos de emprego e até convite aos médicos para tomarem cafezinho na casa de Fulano ou Beltrano. Os informes das Equipes Primárias de Saúde eram sobre o funcionamento dos grupos operativos (5), reuniões com a Comunidade e necessidade ou eficiência dos preceptores no acompanhamento das atividades desenvolvidas.

Várias questões foram posteriormente colocadas em discussão, mas basicamente, remetiam à relação entre Programa e Comunidade. Como fazer para ampliar e efetivar esta relação? Tentativas de estabelecimento de estratégias. A Antropóloga era uma delas. Não conseguiam explicar o que queriam dela. Ou talvez ela não tenha entendido naquele momento. Mas ficou acertada a sua participação a partir da semana seguinte, em caráter de experiência. Para ambos os lados.

Agosto de 1988. Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, Ouro Preto. Segunda Mesa Redonda do Congresso. Tema de discussão: Relação entre Programas de Medicina Geral Comunitária e Comunidade. Participantes da Mesa: Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária do Espírito Santo, representado por uma Residente e pela Presidente da Associação de Moradores do Bairro Eucalipto - e Programa de Medicina Geral Comunitária de Ronda Alta, Rio Grande do Sul - representado por duas Médicas Comunitárias. Além destes dois programas, dois debatedores, professores de Universidade.

é preciso ressaltar que havia sido solicitado pela Sociedade

Brasileira de Medicina Geral Comunitária a participação de representantes de Comunidade nesta mesa já que eram considerados como diretamente interessados na discussão. Os representantes da Comunidade de Ronda Alta não compareceram. Havia sido dito no dia anterior que o seu não comparecimento devia-se ao fato de que, mesmo habituados a falar para muitas pessoas, não se sentiam em condições de falar para médicos. Na hora da apresentação a ausência deles foi justificada pela existência de problemas financeiros e políticos.

Início da apresentação da Mesa Redonda. Fala em primeiro lugar a Residente de Vitória. Em seguida a Representante da Comunidade Eucalipto, que foi interrompida pelo coordenador da mesa antes do tempo regulamentar se esgotar.

A Residente do Programa de Vitória apresenta um organograma do funcionamento do Serviço, onde a questão do relacionamento com a Comunidade só aparece indiretamente, e ressalta os bons termos da relação. Nesta exposição é eliminada a atuação do Serviço Social e do setor de pesquisa. Revolta da Assistente Social do Programa. Ela, a Chefe de Residência e o Chefe de Serviço solicitam tempo suplementar para a complementação ao final das exposições.

Apresentação da Representante da Comunidade Eucalipto que consta de uma série de elogios ao Programa e aos seus integrantes e da citação dos trabalhos desenvolvidos na área. Interessante observar que a construção da Unidade e o saneamento da rua em frente, através da construção de uma vala sanitária, - apresentados pela Residente como obra do Programa são apresentados

por ela como obra da Comunidade. Considera muito importante o Serviço Social de Medicina Geral Comunitária. Uma exposição nervosa e insegura, que foi encerrada antecipadamente quando da intervenção do coordenador para lembrar o tempo esgotado.

Em seguida, a apresentação do Programa de Ronda Alta. Este muito diferente do Programa do Espírito Santo. Ao invés de um Programa de Residência, um Programa que surgiu na esteira das lutas pela posse da terra em Ronda Alta e que se constitui em única alternativa de atendimento médico à população - não contando os serviços médicos particulares da região, fora de seu alcance.

Ênfase no significado político da atuação médica que acarretou a desestruturação do atendimento médico particular e implicou, inclusive, no fechamento de um dos três hospitais particulares existentes, atualmente, órgão de atendimento terciário do serviço público. Ultrapassa, em muito, o tempo regulamentar de exposições sem interferência do coordenador da mesa.

Este passa a palavra à socióloga da UFMG que não faz referência ao Programa do Espírito Santo e faz uma análise do Programa de Ronda Alta, preparada de antemão, enfatizando a questão da atuação política da MGC. O mesmo ocorre com o Médico Comunitário, com mestrado em Educação e tese sobre o seu trabalho em MGC na Paraíba.

Após algumas informações da Assistente Social do Programa de Vitória sobre as questões não abordadas pela Residente, passa-se ao debate. Discute-se, principalmente, entremeado por acusações de ligações partidárias ao Programa de Ronda Alta, a questão dos

Agentes de Saúde, que são membros da Comunidade treinados para ajudar na "promoção da saúde". A discussão centrou-se na questão da remuneração ou não dos Agentes de Saúde e na possibilidade de se tornarem representantes de políticos no caso de receberem salário.

Nenhuma destas questões foi colocada à Representante da Comunidade Eucalipto. Somente uma, ao final discussão, pela Chefe de Residência do PMGC - Vitória, que depois de questionar o fato de ninguém haver dirigido perguntas à Representante - quando o problema envolvia diretamente a Comunidade - quis saber a sua posição sobre o assunto. A Representante da Comunidade aproveitou para dizer que a população gosta muito do Programa, que este tipo de atendimento médico deveria ser estendido a toda população, mas que um dos objetivos da Associação de Moradores era a construção de uma sede que lhe permitisse uma maior desvinculação do Programa, tendo um espaço próprio.

Nos bastidores. Todos os convidados tiveram as suas passagens, de avião, pagas pela Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. A Representante da Comunidade foi com recursos fornecidos por sua própria Associação dos Moradores. Todos eles contaram com carros particulares de membros da Sociedade para seus deslocamentos. À Representante da Comunidade foi fornecida passagem de ônibus escolar que faz a ligação Duro Preto - Campus Universitário. Todos os palestrantes ficaram em hotéis de boa qualidade. A Representante da Comunidade foi hospedada em uma República, dormindo num colchonete, no chão, sem cobertor.

Somente após muito empenho por parte da Chefe de Residência, da Preceptora de Clínica Médica e de um egresso do PMGC-Vitória é que a Representante da Comunidade foi hospedada num hotel. Como medida compensatória, num hotel de qualidade superior àquele em que estavam os outros convidados.

Alguns problemas se colocaram aos membros do Programa envolvidos na questão. Convidar para comer? Convidar para passear? Deixar "se virar", como os outros participantes do Congresso? Como explicar as regras de utilização do hotel em relação aos serviços que não constam da diária? Explicar a utilização do frigobar - necessidade de linguagem adequada - será que ela sabia o que era frigobar? Melhor falar da geladeira do quarto.

Avaliação do Congresso em Reunião Geral. Entre os itens que foram avaliados, foi relatado pela Chefe de Residência que a Representante da Comunidade estava muito satisfeita com a consideração e o carinho dispensados em Ouro Preto pelos membros do Programa. Comentário de umas das pessoas presentes: foram a qualidade do hotel e o fato do egresso do PMGC haver servido de motorista o tempo todo, os responsáveis por isto.

Por que começar a apresentação de uma dissertação de mestrado por relatos como estes? Talvez, porque para mim, eles ilustrem, melhor do que qualquer outro exemplo, o tipo de abordagem que pretendo fazer de meu material, assim como alguns pontos que serão discutidos, ao longo deste trabalho.

Os dois primeiros relatos ilustram dois momentos distintos do

Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal do Espírito Santo, localizado em Vitória. Um momento onde se dava a estruturação do Programa e um outro, em que o mesmo problema, ao invés de estimular a busca de soluções, passa a ser entendido como justificativa, seja para uma mudança radical seja para a sua extinção. O terceiro relato ilustra, mesmo que de maneira caricata, a relação entre Programa e Comunidade, que permeou o desenvolvimento do PMGC ao longo destes anos em que lá estive. Creio que aqui se colocam algumas questões.

Em primeiro lugar, no que consiste este Programa enquanto proposta médica e enquanto organização decorrente desta proposta no contexto do Espírito Santo? Em segundo lugar, o que ocorreu entre 1984 e 1988 que fez com que o mesmo problema - o "relacionamento com a comunidade" - suscitasse o entendimento e o estabelecimento de estratégias tão diferentes? Em terceiro lugar, qual o significado da Comunidade dentro desta proposta, isto é, o que faz com que, ao mesmo tempo em que é a sua "razão de ser" e presença constante em suas reuniões e discussões, se torne "invisível", da mesma forma que Garabombo o é para as autoridades no texto de Manuel Scorza?

Para responder a estas questões vou contar três histórias. Ou melhor, a mesma história em três vozes. A primeira, que chamarei de versão oficial, é a história do PMGC, contada por seus membros, em relatos que têm por objetivo a sua divulgação em congressos e no meio médico em geral.

A segunda é a versão das Assistentes Sociais. Devido à forma como trabalham, fazendo um relato minucioso do que viram e ouviram

seguido de uma análise, nos permite, também, a reconstituição de uma história que, por sua vez, nos deixa perceber outras facetas do PMCB e vislumbrar a Comunidade à qual, tanto elas como os médicos, se referem. Para finalizar, a versão da Antropóloga, ou seja, a história reconstituída e contada por mim, uma interpretação que é minha, mesmo que informada por teorias antropológicas.

Todas elas são versões sobre o que se pensa ser este Programa e esta Comunidade pois, como dizia um nativo das ilhas Trobriand: "Ayant trop entedu: 'Ah! les iles Trobriand! Malinowski! L'amour libre!' il prévient: 'Si nous comptons sur les études anthropologiques pour définir notre histoire, notre culture, notre avenir, alors nous sommes perdus'" (SPERBER, Dan 1982:6). Creio que vale o mesmo para as nossas discussões sobre as chamadas "cultura dominante" e "cultura popular", quadro dentro do qual se insere a maioria das discussões sobre a "medicina popular" e a "medicina oficial".

Poder-se-ia argumentar aqui sobre a necessidade de uma quarta história, a da Comunidade, ou seja, a da população que habita o espaço delimitado pelo PMGC e que é denominado sub-área III da APM pelos médicos do Programa. Entretanto, o meu objetivo neste trabalho não é conhecer esta Comunidade à qual médicos e assistentes sociais se referem. Cabem aqui algumas justificativas.

Em primeiro lugar, acredito que muitos trabalhos já foram realizados sobre "as classes populares" e que o estudo desta população, alvo da atuação do PMGC, não iria acrescentar dados novos aos estudos existentes (6).

Em contrapartida, não é comum a Antropologia se interessar

pelo estudo das instituições, algo corriqueiro na Educação e no Serviço Social, por exemplo. Entretanto, as análises realizadas do ponto de vista destas disciplinas apresentam um caráter justificador do trabalho institucional ou, quando muito, sugerem soluções para sanar o que são considerados como problemas de adequação da teoria à prática. Por estas razões, entre outras que já assinaladas, é que o meu interesse se voltou para o estudo do PMGC e, principalmente, para a compreensão de sua relação com o que era por ele denominado Comunidade.

Porisso, o meu objetivo principal neste trabalho é compreender o porquê da Comunidade ser a referência à partir da qual é elaborado o saber da Medicina Comunitária e sua "razão de ser" -produzindo a necessidade de uma constante reelaboração em seu saber- se, como já apontei anteriormente, ela é "invisível".

Não estou querendo dizer com isto que a Comunidade seja um referencial inerte em relação ao qual os sujeitos constroem suas representações. Ao contrário, considero que faz parte de um sistema de relações onde se configuram conflitos, disputas e negociações. Entretanto, procuro evidenciar no decorrer deste trabalho, que este ator só tem lugar no PMGC através de representações das assistentes sociais e dos residentes. E que mesmo quando o PMGC defende a necessidade de uma melhor "escuta" da Comunidade, esta não é percebida da forma como se vê, mas através de representações que a tornam "invisível".

Além disto, apesar de ressaltar ao longo deste trabalho a incapacidade dos médicos e assistentes sociais em perceber a comunidade como ela se vê, e a manipulação, por parte desta, dos

serviços prestados pelo PMGC, não quero dizer com isso que não haja uma tentativa, e mesmo uma possibilidade, de efetivação do controle médico. Pois não podemos negar a existência de um projeto e mesmo, processo de medicalização da sociedade. E que, como diz Laplantine, é necessário atribuir um lugar importante à cultura biomédica "parce qu'elle est diffuse et largement dominante dans notre société et qu'il n'est guère de représentation de la maladie qui aujourd'hui ne se construise à son contact et sous son influence" (LAPLANTINE, F. 1986:22).

Considero que a medicina oficial, tanto quanto a medicina popular, é informada por uma "visão de mundo" característica do grupo que a pratica (NEVES, D. P. 1984) e que ela não é tão eficiente e racional como dá a entender grande parte dos estudos sobre esta área do conhecimento (7). Podemos perceber, através dos dados coletados, que a Medicina Comunitária não é, nem "reacionária" - como querem alguns analistas (8) - nem "revolucionária" - como querem os médicos comunitária (9). Mas que ela pode assumir várias formas, dependendo do momento, do local ou das pessoas envolvidas em sua implantação. É portanto, a compreensão do PMGC-Vitória, dentro desta perspectiva assinalada que me proponho a desenvolver.

Como já disse, esta dissertação, pelas razões acima apresentadas, não contará com a divisão tradicional encontrada nas dissertações de mestrado de Antropologia. Haverá sim, três histórias com personagens valorizados diferentemente e com relações priorizadas de acordo com a visão dos personagens: os médicos, as assistentes sociais, a antropóloga.

Talvez se possa ter, assim, uma visão melhor do citado Programa e de seu significado. Talvez seja um excesso de relativismo, problema, aliás, com o qual a Antropologia sempre esteve às voltas. É, porém, a meu ver, uma tentativa de dar voz a versões diferentes da minha ao invés de enquadrá-las, simplesmente, de forma adequada, em minha interpretação.

A forma por mim escolhida para a apresentação deste trabalho é, também, um recurso para a apresentação dos dados coletados. Assim, a primeira versão, um relatório dos médicos, é também uma descrição das instâncias existentes no Programa e da maneira como os médicos a concebem. A segunda versão, não apenas ilustra a forma como as estagiárias de Serviço Social concebem o PMGC e a Comunidade, como nos fornece pistas sobre a que população se referem. A terceira versão, a minha, pretende dar uma visão global do que foi observado, devendendo as questões colocadas pelos dois primeiros relatos.

Estas três versões são complementares e pretendem dar uma visão de conjunto dos fatos por mim observados. Pretendem ser, também, um relato dentro da ótica dos personagens envolvidos nesta história. Esta é a outra razão para a não existência da quarta história. A comunidade só pôde falar através dos tres personagens aqui assinalar. Assim, a sua "invisibilidade" é mantida nesta concepção do texto, mesmo sendo a sua "razão de ser".

Como decorrência desta posição (admito mais formal do que teórica) o texto escrito para as duas primeiras versões respeitará a terminologia e a forma de relato utilizados por estes personagens - apenas tomarei o cuidado de definir os termos que se

fizerem necessários para uma melhor compreensão dos mesmos.

No capítulo final, procurarei refletir sobre os dados apresentados e apontar para algumas questões sugeridas por este material.

NOTAS

(1) A palavra Comunidade será utilizada por mim apenas como denominação da população com a qual trabalha o PMBC e não conterá nenhuma das implicações teóricas a ela atribuídas na tradição dos estudos de comunidade. Entretanto, ela aparecerá ao longo deste trabalho sob duas outras formas: comunidade e "comunidade". A palavra comunidade será utilizada quando os escritos ou as informações dos médicos datarem do início do Programa e implicará em uma concepção de homogeneidade da população com a qual trabalham. Quando aparecer "comunidade" implicará na existência de um questionamento, por parte dos médicos, do significado inicialmente atribuído à palavra. Uma discussão sobre as várias concepções que permearam o Programa será feita posteriormente.

(2) É praxe a apresentação dos novos residentes à comunidade em início de março quando começa o semestre letivo.

(3) Este era o momento de implantação do novo currículo de Medicina e implicava que os alunos recém admitidos na Faculdade de Medicina teriam as suas aulas da disciplina Psicologia Médica ministradas na Unidade Thomas Tomazzi. Não havia sido informado à

Comunidade que estas aulas seriam teóricas e que eles não teriam assistência médica prestada por "calouros".

(4) A palavra "carente" será mantida ao longo deste trabalho na medida em que faz parte do jargão utilizado pelas assistentes sociais para definir a população de baixa renda com a qual trabalham e que foi incorporada pelos médicos do PMGC. De qualquer forma, acredito que traduz, bastante bem, a idéia que têm desta população. Pessoas às quais falta tudo, dinheiro, educação e, principalmente, saúde e o papel que cabe a eles na relação que estabelecem, qual seja, a de agentes de transformação, no sentido de que fariam emergir as contradições existentes no modo de vida desta população proporcionando assim a possibilidade de conscientização e, conseqüentemente, de mudança.

(5) Denominação dada às reuniões de grupo que funciona dentro de uma técnica específica. Segundo um xerox que circula dentro do PMGC, de autor e livro não identificados, a definição de grupo operativo é a seguinte: "Pichón dirá que todo o conjunto de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e de espaço e articuladas por sua mútua representação interna, se coloca explícita ou implicitamente uma tarefa, que constitui uma finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, junto com um número determinado de integrantes, configuram a situação grupal, que tem seu modelo 'natural' no grupo familiar.

A função natural de um grupo operativo é aprender a pensar

(grifo original), isto é, desenvolver a capacidade de resolver contradições dialéticas sem criar situações conflitantes - aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal e não em cada um de seus integrantes.

A tarefa pode ser a aprendizagem, a cura, o diagnóstico de dificuldades de uma organização de trabalho, etc... Debaixo desta tarefa explícita subsiste outra, implícita, que aponta a ruptura das condutas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação, e que funcionam como obstáculos frente a uma situação de mudança."

Ainda segundo este documento. "diremos que cada membro de um grupo constrói seu papel em relação aos outros" e pode-se identificar quatro papéis funcionais e rotativos: o de porta-voz - que é o que denuncia o acontecer grupal falando por todos-, o de bode expiatório - que se faz depositário dos aspectos negativos do grupo, o de líder - que se faz depositário dos aspectos positivos do grupo - e o de sabotador - que é o líder da resistência à mudança".

(6) Pode-se citar, entre outros. Ivan Illich (1975), Maria Cecília Donnangelo (1979), Roberto Machado (1978).

(7) Ver, por exemplo, Maria Cecília Donnangelo (1979) e Alberto Pellegrini Filho et alii (1984).

(8) Além desta concepção aparecer nos depoimentos por mim

colhidos, acredito que ela é claramente formulada por Eymard Mourão Vasconcelos (1987).

... da Faculdade de Medicina de São Carlos em São Carlos, Estado de São Paulo, em 1961.

... da Faculdade de Medicina de São Carlos em São Carlos, Estado de São Paulo, em 1961.

... da Faculdade de Medicina de São Carlos em São Carlos, Estado de São Paulo, em 1961.

O MURO DAS FLORES
A versão oficial

A criação do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária da Universidade Federal do Espírito Santo.

Como já foi ressaltado no início deste trabalho, este primeiro capítulo pretende dar a visão dos médicos, sobre o PMGC, que é apresentada em congressos e no meio médico em geral.

Consiste, portanto, em um relatório que, não apenas respeita a terminologia por eles utilizada, mas que prioriza os aspectos considerados por eles como relevantes para a caracterização do funcionamento e objetivos do PMGC.

Em 1964, sob a orientação do Dr. Thomas Thomazzi, foi delimitada a Área Progratamática de Maruípe (APM) (1) com o objetivo de "servir de campo para integração das atividades de ensino e pesquisa intra e extra-muros, de forma harmoniosa e interrelacionada" (Departamento de Medicina Social, 1983:36). A intenção era criar na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) uma área que favorecesse a integração docente-assistencial. Ou seja, pretendia-se a criação de uma área que possibilitasse a alunos e professores a realização do processo de ensino, aprendizagem e pesquisa em estreita relação com a prestação de serviços à população. O ensino estaria, desta forma, voltado para a realidade social local e para a organização da Comunidade.

Apesar da delimitação da área datar de 1964, somente em

1969, com o auxílio financeiro e com a cobertura técnica e administrativa do Dr. Woodrow Pimentel Pantoja, na época Assistente Técnico da Unidade de Planejamento do Ministério da Saúde, haverá uma aceleração nos trabalhos de levantamento da área. A Partir de 1973, o apoio passará a ser fornecido pela Divisão Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde, sendo interrompido por volta dos ano 80 (2).

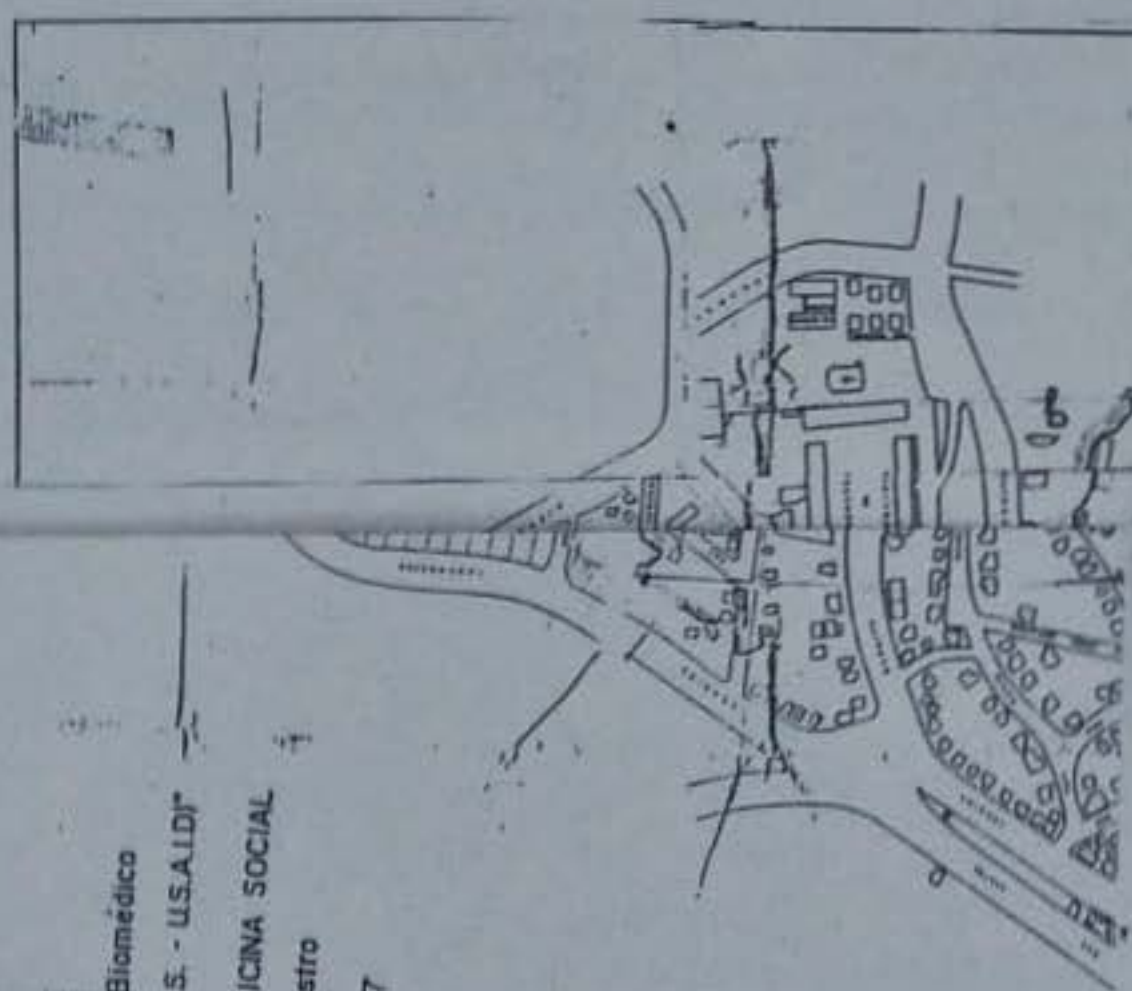
Entre 1969 e 1970, os alunos do terceiro ano da Faculdade de Medicina, orientados pelo então Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública (3), concluíram a delimitação da APM com o levantamento topográfico da área e com a realização de um levantamento cadastral e sócio econômico. Em 1975 foi realizado um novo levantamento e em 1981, os alunos dos cursos de Medicina, Otorrinolaringologia e Enfermagem realizaram o terceiro Censo da APM. Em abril de 1982 são visitados os últimos domicílios.

A partir de 1971 começaram a ser desenvolvidos na APM vários Programas (4) e inclui-se entre eles o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária. Este Programa teve início em 1980, com o processo de desenvolvimento curricular do Curso Médico do Centro Biomédico da UFES a partir da constatação da necessidade de criação de um novo modelo médico que orientasse a formação de profissionais de Medicina (CRUZ, J. 1985:95). Apesar do trabalho da APM poder encampar projetos de qualquer área de ensino e pesquisa da UFES, apenas projetos da área de Saúde foram ali desenvolvidos.

A APM está localizada na área circunjacente ao Centro Biomédico (CBM) da UFES e ao Hospital Universitário Cassiano

Antonio de Moraes (HUCAM), mais conhecido como Hospital das Clínicas. Ela é definida como abrangendo a população que habita o perímetro formado pelas ruas José Mota Fraga, av. Maruípe e rodovia Serafim Derenzi, ao norte; av. Paulino Muller, rua José Carlos dos Santos, av. Maruípe, ruas Guadalajara e Gastão de Pache Faria, ao sul; av. Tabuazeiro, a oeste, e ruas Aluísio de Menezes, Herminio Blackman e engº Rubem Bley, a leste. Compreende, portanto, os Bairros de Santa Cecília, Tabuazeiro, Morro da Penha, Morro São Benedito e Itararé, senão na totalidade, ao menos parcialmente (DMS, 1983:40) (Vide Mapa I).

Mapa I - Mapa Geral da APM - Assinalado: a) Serviços Médicos existentes na área e vizinhanças; b) Sub-área III.



U.F.E.S.

"Convênios Centro Biomédico

P.A.P.P.E. e DNT (M.S. - USAID)"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

Setor - de Cadastro

1969 - 1977

U.F.E.S

*Convênio Centro Biomédico

P.A.P.P.E. e DNT-IMS - USAID

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

Sector de Cadastro

1969 - 1977



LEGENDA

- SUB-ÁREA III e UNIDADE DE SAÚDE THOMAS TOMAZZI
- POSTO DE SAÚDE DE MANUPE
- HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA
- HUCAM

Em 1979, a sua área total era de 956.700 m², com uma população recenseada de 9.446 habitantes residentes em 1689 domiciliar. Em 1981, graças à inclusão do Bairro Santa Cecília, a sua área total era de 1.125.140 m², com a população estimada em 13.000 habitantes (DMS, 1983:40).

O levantamento sanitário e sócio-econômico caracterizou, "grosso modo", tres zonas constitutivas da APM. A zona 1, que é a melhor nível sócio-econômico, correspondendo a famílias de classe A e B; a Zona 2, que corresponde a famílias de classe C e de famílias economicamente marginalizadas (5).

Em termos de Educação existem na área tres escolas públicas, uma escola particular de primeiro e segundo graus e o Centro Biomédico da UFES. No setor de Saúde e Assistência Social encontramos o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, serviço público federal; a Creche Casulo, serviço público municipal; o Hospital Santa Rita de Cássia, consultórios médicos e odontológicos, clinicas médicas e odontologicas, serviço privado; a AFFEC, serviço filantrópico ligado ao Hospital Santa Rita de Cássia; e o SESI, uma entidade patronal (DMS, 1983:41,42,43,44).

Em 1982, quando da implantação do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária (PMGC), a escolha da área de atuação recaiu sobre a Área Piloto I da sub-área III. Nesta época, esta sub-área era composta por quatrocentas famílias com aproximadamente duas mil pessoas e a população produtiva, segundo dados levantados pelos alunos da Faculdade de Medicina, era composta por biscateiros e assalariados com faixa salarial

variando, em sua maioria, entre um e dois salários mínimos. A população, ainda segundo estes dados, era composta por uma maioria de católicos declarados, apesar de existir na área, além de uma Igreja da Assembléia de Deus, vários Centros Espíritas (DMS, 1983: 6).

O saneamento básico era precário. A população contava com um abastecimento de água por bicas, onde eram colocados canos clandestinos ligando-as às casas. Havia luz elétrica e fossas, mas não havia remoção do lixo pela Prefeitura Municipal. Lá funcionava uma creche conveniada com a PMV e com a LBA e a sua população contava, como recurso à saúde, com o atendimento do INAMPS, do Centro de Saúde de Maruípe e do HUCAM (DMS, 1983: 7).

Em 1983, houve um aumento de área de abrangência do PMGC que passa, então, a atingir toda a sub-área III. Porém, somente em 1986, apesar da implantação definitiva do Programa datar de 1983, foi feito um novo levantamento desta sub-área pelos residentes do Programa de Residência em MGC. A população, segundo este levantamento é composta por 595 famílias num total de 2.667 pessoas. O saneamento básico continuava precário, apesar dos movimentos da Comunidade associados ao PMGC terem conseguido melhorias para alguns setores, principalmente aqueles localizados próximos à Universidade ou à Avenida Maruípe.

Algumas ruas foram calçadas, a vala que ficava em frente à Unidade Thomaz Tomazzi foi drenada, alguns setores dispõem de iluminação pública adequada e, o recolhimento de lixo pela Prefeitura foi instalado, apesar de funcionar precariamente, pois existem locais pré-determinados para a colocação de lixo, nem

sempre seguido pela população.

O fornecimento de água se faz quase todo pela CESAN. A população ativa continua formada por biscateiros e assalariados, com faixa salarial variando entre um e dois salários mínimos. Apesar de a população da área haver sido definida como urbana (DMS,1983:40), pode-se observar, por este ultimo Censo, que uma grande parte tem origem rural recente. Observa-se, ainda, uma grande tendência à fixação de pequenos funcionários públicos e estudantes em alguns setores da área devido à proximidade do Centro Biomédico.

A aparência geral é heterogênea, pois convivem lado a lado ruas asfaltadas e becos de terra, casas bem construídas com barracos, lugares limpos com amontoados de lixo. Em geral, a orla dos quarteirões é composta por casas bem contruídas e o interior por amontoados de barracos.

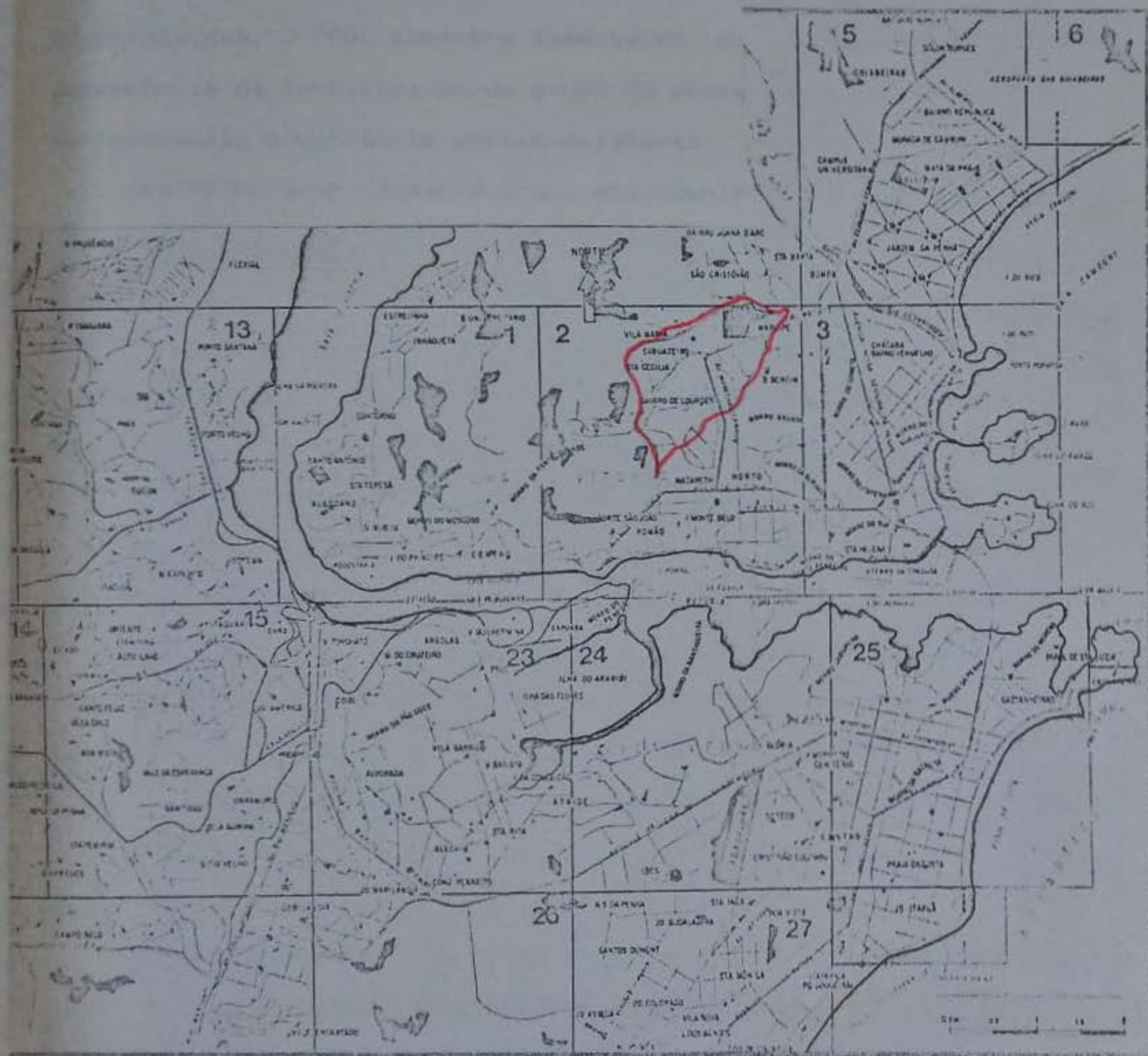
A população continua utilizando os serviços de saúde já citados, assim como os prestados pelo PMGC. Mas, apesar de apenas alguns habitantes estabelecerem uma diferença entre o atendimento médico oferecido pelo Programa, nos termos por ele propostos, e os demais serviços de saúde existentes, uma grande maioria da população recorre a ele por considerar que o atendimento é "melhor" - deve ser entendido como mais pessoal, atencioso - e porque "não tem fila".

Pode-se observar uma alteração no perfil da área de atuação do PMGC. Entretanto, ainda não foi realizada uma análise minuciosa dos dados que permita detalhá-la. Pode-se inferir,apesar disso, que há uma melhoria do nível sócio-econômico da população devido,

provavelmente, à localização central da área, o que a torna sujeita à especulação imobiliária (Vide Mapa II). Ao que parece, isso ainda não aconteceu devido à situação irregular das terras

(6).

Mapa II - Mapa de Vitória com a APM assinalada.



A proposta do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária

Como já dissemos anteriormente, apesar da delimitação da Área Programática de Maruípe haver ocorrido em 1964, somente a partir da década de 70 é que alguns Programas começaram a ser desenvolvidas. O PMGC começará somente na década de 80 e será decorrência da tentativa de um grupo de professores do CBM da UFES de reformular o currículo médico existente.

Em 1978, o Dr. Jader B. Cruz, atualmente membro do Centro de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas do Espírito Santo (CEPPES) e do Departamento de Medicina Social, mas na época ligado ao Departamento de Clínica Cirúrgica, começou a participar, a convite da Dra. Olga Maria Reis e Silva, das discussões que visavam a transformação da estrutura da disciplina de Psicologia Médica, então coordenada pelo Dr. Liberato T. Schwartz.

A partir das discussões desenvolvidas por este grupo ao longo de dois anos e de entrevistas realizadas com os alunos de Medicina em 1980, surge a proposta de mudança do sistema curricular. Desta forma, em 1980, o Dr. Thomas Tomazzi, então Diretor do Centro Biomédico da UFES, nomeou uma comissão, denominada "Comissão de Desenvolvimento Curricular", que deveria se responsabilizar pela elaboração de uma proposta de novo currículo.

O que era, então, a disciplina de Psicologia Médica? Segundo Jader B. Cruz e Rosaura B. Bandeira: "À partir do gradativo aumento de espaço para os alunos falarem durante este curso, este foi

sofrendo transformações em sua estrutura, de tal maneira que hoje não podemos mais denominá-lo exatamente um curso. É mais um dis-curso. É o primeiro espaço que os alunos têm para falar. Falam. Conhecem-se. Funcionam como grupo operativo. Através de dramatizações, entrevistas com pacientes, leituras e discussões, são elaboradas as expectativas, as fantasias, articulando-as com a realidade universitária e com a realidade social. Falam sobre o autoritarismo a que são submetidos em sua formação, sobre as atitudes que observam nos profissionais mas, logo depois, passam a repetir, a perpetuar as mesmas situações quando vão ocupando lugares progressivos na hierarquia da ordem médica. O discurso dominante de recalcamento e de censura não dá lugar para o que lhe é próprio. O sujeito submetido a um discurso, não apenas recebe um universo semântico no qual privilegiam-se determinados conteúdos mas, também, identifica-se com as operações que presidem a organização daquele. A carta marcada comparece. Esta experiência levou-nos ao fato da pouca eficácia das quinze semanas de duração do curso de Psicologia Médica, frente a toda uma história diretiva, o processo de produção social da doença. Esta vivência teria que ser maior e pudemos propor e ser aceita pela Instituição a sua oficialização nos dois anos e meio iniciais do curso médico" (CRUZ, J. 1985:2,3)

Pode-se então notar o desenvolvimento de uma crítica ao sistema médico existente que desembocará em uma proposta de: "Descentralizar, sair do narcísico. Iniciar a formação médica no campo social, no primeiro dia de ingresso na Universidade. Reconhecer-se em um papel definido, papel social primeiro.

Procurar desenvolver um discurso próprio (no que é de todos), falar como sujeitos a partir de suas percepções e não como "sujeitos" produtos do discurso médico: isto se pretende com alunos de graduação. A partir do reconhecimento do sujeito na família e na sociedade, reconhecer também a inércia normatizante do discurso médico, trocá-lo pela subjetivação. As normas pelas contradições.

Considerando o discurso universitário é preciso que um conceito novo seja nele inserido, que mais se aproxime do real, para mover o grande elefante de mármore branco, através de uma práxis. Desta forma criamos um programa denominado Medicina Geral Comunitária, por razões circunstanciais e políticas: um novo lugar. Uma equipe multidisciplinar, no início, um frasco com vários líquidos que não se misturavam. O programa, entretanto, permitiu desenvolver, **marginalmente e ao mesmo tempo dentro da instituição médica** (grifo meu), uma prática que atendesse ao trabalho com os alunos do curso de graduações a descoberta de um discurso um pouco mais próprio à partir do desenvolvimento de um leitura sócio-analítica na comunidade para só depois entrar em contato crítico com o discurso médico, o discurso da dissociação corpo e psíquico" (CRUZ, J 1985:4).

Concretamente, esta proposta tinha por objetivo priorizar o atendimento médico a nível dos cuidados primários de saúde em ambulatorios que estariam em contato direto com a população da sub-área III, denominada "comunidade", em oposição à priorização dos cuidados secundários e terciários de saúde pertinentes ao ensino tradicional nos cursos de Medicina. Esta proposta deveria

ser viabilizada através da criação de um "modelo assistencial" que deveria produzir um "modelo profissional" com a capacidade de atendimento dos fluxos primário, secundário e terciário de saúde (ZANOTTI, M, 1984:17).

O modelo de currículo estabelecido tinha por objetivo desenvolver, nos quatro primeiros períodos, a capacidade do aluno em "a) reconhecer a pessoa, a sociedade onde vive e situar-se em relação à saúde (1º período); b) detectar problemas de uma população (2º período); c) elaborar soluções para os problemas, em comparação com os sistemas de saúde vigentes (3º período). (...) Nos 5º e 6º períodos, basicamente, há o treinamento semiótico, com valorização do saber ouvir e saber examinar, como elementos essenciais neste nível de formação. Nos três períodos seguintes (7º, 8º e 9º), deverá realizar treinamento em ambulatórios de Clínica Geral, Clínica Cirúrgica e Ginecologia/Obstetrícia, sob supervisão e com curso teórico complementar. Nos três últimos períodos, realiza, então, treinamento em ambulatórios de especialidades e nos setores de internação do Hospital Universitário (CRUZ, J. et alii, 1985:95).

Havia, como vimos, para a viabilização desta proposta de formação de médicos, a necessidade de criação de um lugar que se prestasse a ser "modelo assistencial" de forma a possibilitar a criação de um novo "modelo de profissional". Assim, em 1982, depois de participar do "Encontro Internacional de Medicina de Família" em Porto Rico, a convite do Secretário do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), o Dr. Jader B. Cruz elaborou, juntamente com um grupo de professores do CBM envolvidos

nas já citadas discussões, um projeto teórico para a implantação de um Programa em Medicina Geral Comunitária, que deveria formar profissionais médicos capazes de fornecer o atendimento médico proposto pelo novo currículo e consequentemente servir de modelo profissional para a graduação (ZANOTTI, M. 1984:18).

Este projeto foi desenvolvido durante todo o ano de 1982 e contou com a participação dos alunos da Faculdade de Medicina que estavam interessados em fazer este curso de Residência Médica. Em outubro de 1982, foi feita a aprovação do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária. Em início de 1983 entra em funcionamento precário, já que as instalações da Universidade Thomas Tomazzi não estavam prontas. Em outubro, com a inauguração da Unidade, o PMGC começa realmente a funcionar (ZANOTTI, M. 1984:18).

A implantação deste Programa tem, em 1983, como ponto de partida a declaração de Alma Ata (7), e define a Medicina Comunitária como uma especialidade que se refere não só ao médico, mas a uma equipe multiprofissional que provê o bem estar e o cuidado contínuo ao indivíduo, à família e à comunidade (DMS, 1983: 15,16). No folheto feito pelo Departamento de Medicina Social em 1983, quando do início do PMGC, são estabelecidas como características desta especialidade os seguintes aspectos: o enfoque científico e humanístico; a formação do médico integral e engajado com a realidade da comunidade; a composição de um corpo de conhecimentos e habilidades aplicados pelo médico ao prestar cuidados primários contínuos e integrais a seus pacientes e familiares independente de idade, sexo ou doença; a prática

personalizada e dirigida ao ser humano de tal maneira que se possa aplicar todos os conhecimentos e habilidades de medicina preventiva, curativa e de reabilitação do indivíduo dentro do contexto familiar comunitário (DMS 1983:16).

Desta forma, esta especialidade desenvolve "ações de manutenção e promoção de saúde, prevenção e detecção oportuna de enfermidades, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas, e reabilitação, decidindo qual o momento que o paciente necessita de uma interconsulta ou seja encaminhado a outros profissionais da saúde para tratamento e avaliação dos resultados do mesmo, sem perder, com isto, a continuidade no acompanhamento do paciente" (DMS 1983:16).

Continuando com a caracterização da especialidade e do profissional que a desempenha, este folheto diz ser papel do médico comunitário "desempenhar a função de médico integrador, comunitário, de dirigente de programas de saúde, ao mesmo tempo que pratica uma medicina integral, científica e humanística" (DMS 1983:16) e defende a necessidade da existência de "um sistema de saúde balanceado, no qual se disponha de cuidado integral, pessoal e contínuo para habitantes de bairros de periferia e da cidade e onde o hospital se coloca como elemento de apoio e retaguarda" (1983:17).

Partindo da concepção de que o médico comunitário é o médico que "procura conscientizar a população" (DMS 1983:17) com o propósito 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" (Equipe do PMGC, 1985:5,6),

o PMGC contou, em sua fase inicial, com um trabalho de estreitamento de relações com a comunidade, desenvolvido, principalmente por Pedro Cunha Fortes, sociólogo do Departamento de Medicina Social, e pelos alunos deste mesmo departamento, assim como com a supervisão direta de docentes e funcionários da UFES no desenvolvimento de suas atividades.

Em 21 de outubro de 1983, a Unidade Comunitária Thomas Tomazzi, construída com a ajuda efetiva da Comunidade Eucalipto, auto-denominação da população da sub-área III - foi inaugurada e, a partir deste momento, começa a ser viabilizado um novo "modelo assistencial".

Este novo "modelo assistencial" desenvolveu, quando de sua implantação em 1983, as áreas de docência, assistência médica e pesquisa, de forma integrada, e com os seguintes objetivos:

"A - Docência

1- Executar um programa educacional que permita aos residentes obter os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática de medicina geral familiar.

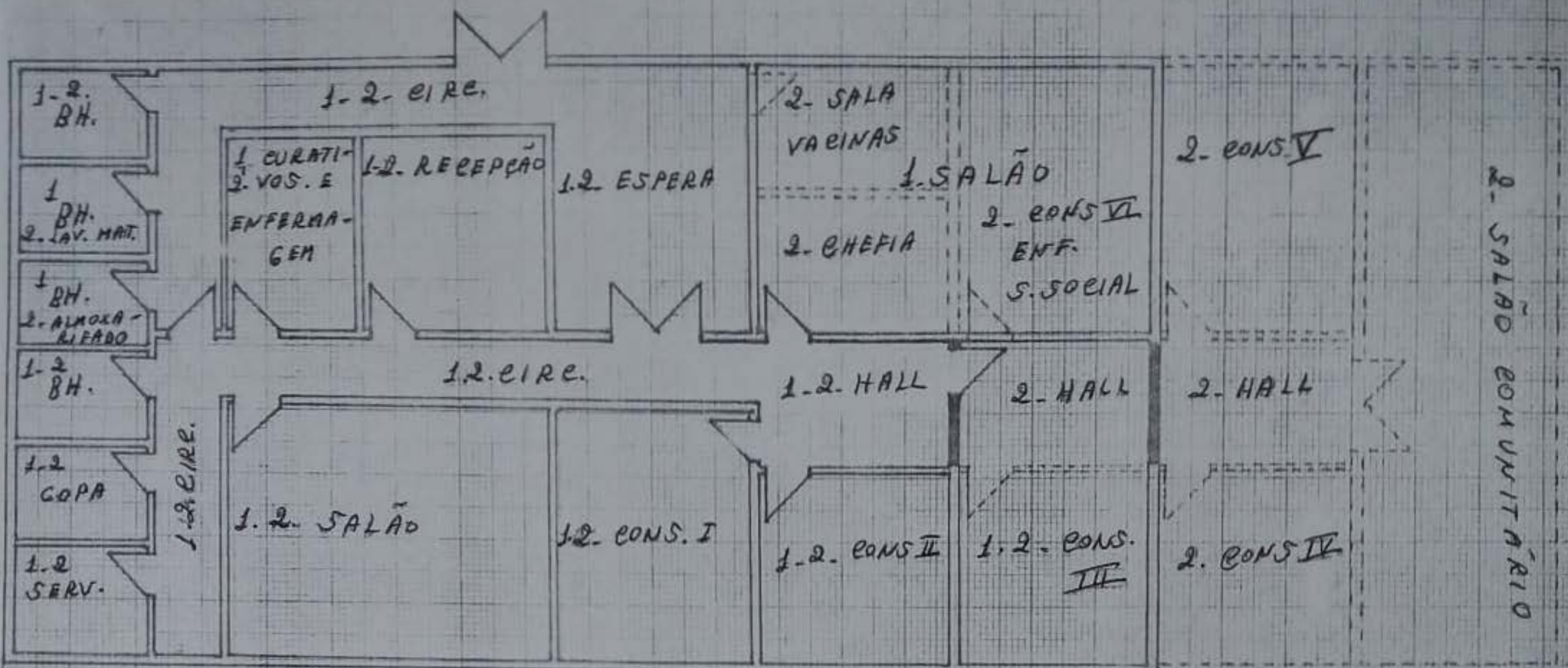
2- Proporcionar, aos residentes, experiência de trabalho nas áreas de promoção de saúde, da prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento médico e cirúrgico e de reabilitação.

3- Estimular o interesse pelo ensino, pesquisa, educação continuada e auto-avaliação.

B- Assistência

1- Proporcionar assistência médica primária, continuada e completa, em unidades de cuidados primários e secundários a

ÁREA CONSTRUÍDA COM POSTERIOR REFORMA



LEGENDA

1. ÁREA PRÉ-EXISTENTE

2. ÁREA CONSTRUÍDA OU REFORMADA

1-2. ÁREA PRÉ-EXISTENTE NÃO MODIFICADA COM A REFORMA

===== PAREDE PRÉ-EXISTENTE
 ===== PAREDE SUPRIMIDA
 ----- PAREDE CONSTRUÍDA

indivíduos e suas famílias.

2- Colaborar com as autoridades respectivas no desenvolvimento do sistema de atenção primária de saúde.

C- Pesquisa

1- Propor, segundo experiência, modelos de unidades de medicina geral comunitária nas quais se executem funções docentes, assistências e de pesquisa.

2- Avaliar os custos e benefícios do programa educacional.

3- Elaborar programas de pesquisa de aspectos clínicos, administrativos, epidemiológicos e operacionais da atenção médica de primeiro contato "(DMS 1983:18,19).

Os objetivos do Programa foram desenvolvidos, desde o seu início, na Unidade Thomas Tomazzi que está localizada nos limites do Centro Biomédico com a sub-área III. Na época de sua construção esta unidade de saúde contava com recepção, sala para reuniões da Comunidade, trabalho de grupos operativos e reuniões gerais do Programa, três consultórios, sala de vacinação e curativos, banheiros, área de serviço e cozinha (Vide Planta I). Em 1986, devido ao aumento da demanda pelo serviço e à necessidade de reestruturação do espaço físico decorrente de uma reformulação dos objetivos do Programa, foi feita uma reforma da Unidade.

Esta reforma acrescentou três consultórios, um dos quais foi denominado Consultório de Enfermagem, uma sala de Chefia, uma sala de vacinação, o Salão Comunitário - destinado inicialmente às reuniões de Comunidade mas que serve, também, atualmente, como sala de aulas para os alunos de graduação - e uma sala de Expurgo

(Vide Planta I).

Esta reformulação do espaço físico estava ligada, também, à reformulação da estrutura do Programa e a uma tentativa de desenvolver mais as áreas de Pesquisa, Trabalho Comunitário e Enfermagem até este momento com atuação marginal no PMGC. Em 1985, é fixada uma nova área de atuação para o Programa e são reformulados os objetivos das existentes de forma a atender às novas necessidades. Os novos objetivos são:

"A- Docência

1- Executar um programa educacional que permita aos residentes obter os conhecimentos, habilidades, e atitudes necessários à prática de medicina geral e familiar.

2- Proporcionar aos residentes a possibilidade de uma prática em que a relação médico-paciente se estenda para além dos limites do consultório, através de uma atuação mais efetiva na 'comunidade'.

3- Propiciar aos residentes experiência de trabalho nas áreas de promoção de saúde, de prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento médico-cirúrgico e reabilitação.

4- Estimular o interesse pelo ensino, pesquisa, educação continuada e autoavaliação.

B- Assistência Médica

1- Proporcionar atenção médica primária continuada e completa em unidades de cuidados primários e secundários a indivíduos e suas famílias.

2- Colaborar com as autoridades respectivas no desenvolvimento do sistema de atenção primária da saúde.

3- Desenvolver projetos de educação em saúde visando atender às necessidades da 'comunidade'.

C- Pesquisa

1- Elaborar programas de pesquisa sobre os aspectos clínicos, administrativos, epidemiológicos e operacionais da atenção médica de primeiro contato.

2- Elaborar programas de pesquisa que possibilitem uma melhor compreensão das concepções e necessidades da população.

3- Propor, através da análise das pesquisas desenvolvidas, estratégias de atuação do PMGC na 'comunidade' e modelos de unidades de Medicina Geral Comunitária nas quais se executem funções docentes, assistenciais e de pesquisa.

D- Trabalho Comunitário

1- Tem por objetivo identificar as lideranças da 'comunidade' para desenvolver um trabalho conjunto visando elaborar e implementar políticas de saúde.

2- Participar das reuniões da Associação de Moradores e promover reuniões de Quarteirões para facilitar uma melhor comunicação e integração entre PMGC e a 'comunidade'.

3- Incrementar a formação de grupos operativos respeitando a demanda da 'comunidade' e desenvolvendo um programa de educação em saúde. Entendemos que o conceito de saúde deve levar em consideração, além dos aspectos técnicos, fatores ambientais e sobretudo sociais" (Equipe do PMGC 1985:5,6).

A Unidade Thomas Tomazzi, sede do PMGC, faz parte do Complexo Assitencial do HUCAM, que é o órgão de apoio terciário do Programa. O Programa já recebeu, além do apoio da Universidade, o

apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, do MEC e do INAMPS. O seu funcionamento se dá através do desenvolvimento do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.

A Organização do Serviço

Na Unidade Thomaz Tomazzi atuam oito residentes, uma equipe de funcionários de limpeza e recepção e uma equipe de docentes de várias áreas da Universidade. São elas: Clínica Médica, Pediatria, Saúde Mental, Serviço Social, Ciências Sociais, Enfermagem, Medicina do Trabalho, Epidemiologia, Dermatologia, Administração Hospitalar e Ginecologia/Obstetrícia.

Quando da criação do PMGC em 1983 foi feito um organograma para o seu funcionamento que não chegou a ser efetivamente implantado. Isto deveu-se ao fato de que determinados setores, como a Coordenação Administrativa, nunca chegaram a ser instalados na Unidade pois eram localizados no Hospital das Clínicas e, também ao fato de que as coordenações tinham um carácter mais flexível.

Quando da reformulação de 1985, entretanto, foi elaborado um novo organograma e houve uma definição das funções e atribuição de cargos de forma a agilizar e/ou viabilizar as providências necessárias ao bom andamento do PMGC. Neste organograma as funções e atribuições são as seguintes:

"**Coordenador Geral:** Tem como função, além da coordenação geral do funcionamento do PMGC, estabelecer a ponte entre este e a

Universidade, no sentido de manter as relações políticas necessárias para a sua sobrevivência, assim como para a sua expansão. Sua atuação se dá a nível de obtenção de recursos humanos e materiais que propiciem o desenvolvimento do trabalho realizado pelo PMGC, assim como, através de relatos das atividades e dos resultados dos trabalhos, deve procurar inserir a ideologia do Programa dentro da estrutura da Universidade.(...) O coordenador geral participa também das reuniões gerais, de preceptores, de uma equipe primária e das reuniões de quarteirões, de 'comunidade', não na qualidade de coordenador, mas sim como membro atuante do Programa. Este cargo poderia, não fosse a estrutura rígida da área médica, ser desempenhado por qualquer membro do Programa, independente de sua área de formação, desde que este fosse ligado à Universidade.

Chefe de Serviço: é responsável pela coordenação dos trabalhos desenvolvidos na Unidade e também, como não existe ainda, efetivamente, uma Coordenação Administrativa, pela administração de recursos da Unidade. Serve como elo entre o PMGC e o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes e outras entidades de Saúde, no sentido de procurar recursos materiais e humanos que permitam o desenvolvimento do trabalho do PMGC. Além disto integra o trabalho desenvolvido pelas coordenações de atendimento médico, 'comunidade', pesquisa e ensino, as reuniões gerais e de preceptores, onde as questões relativas a estas coordenações são discutidas e novas práticas são definidas. Como o coordenador geral participa, como membro do Programa, de uma equipe primária, das reuniões de quarteirões e de 'comunidade'.

Sub-Coordenador Geral: Substitui, tanto o coordenador geral como o chefe de serviço, em caso de falta. Além disto desenvolve todos os trabalhos comuns aos membros de Programa.

Coordenador de Atendimento Médico: Coordena todas as atividades de atendimento médico à 'comunidade' desenvolvidas nos ambulatorios, na visita domiciliar, etc. A sua atenção é na qualidade dos serviços médicos prestados pela Unidade e no controle e na avaliação do rendimento dos serviços prestados. Também participa de todas as atividades do programa como os outros membros.

Coordenador de 'Comunidade': Cabe a esta coordenação discutir teoricamente a atuação das equipes primárias de saúde na 'comunidade', no sentido de estabelecer uma prática condizente com as expectativas do Programa, mas levando em consideração as necessidades da 'comunidade'. Este coordenador também participa de todas as atividades de Programa.

Coordenador de Pesquisa: Coordenada todas as pesquisas desenvolvidas na área e que têm como objetivo um melhor conhecimento da população, o que possibilita uma melhor integração 'comunidade'/Programa. Estas pesquisas podem ser feitas por pessoas não vinculadas diretamente ao Programa, assim como por residentes do PMBC, que têm que apresentar uma monografia ao final do curso. Os temas de pesquisa são escolhidos de acordo com as prioridades do Programa. O coordenador de pesquisa também participa de todas as atividades do Programa.

Equipes Primárias de Saúde: São equipes formadas por preceptores, residentes, estagiários que têm por objetivo

desenvolver um trabalho prático na 'comunidade' e refletir sobre esta prática. Organiza reuniões de quarteirões e de grupos operativos.

'Comunidade': é ao mesmo tempo área de atuação e membro atuante do Programa, na medida em que participa das decisões sobre os trabalhos a serem desenvolvidos. Sua atuação mais efetiva é feita através da Associação de Moradores, cujos representantes trazem ao Programa as necessidades da população" (Equipe do PMGC 1985:7,8,9).

A atuação dos membros do Programa de Medicina Geral Comunitária se dá nas seguintes instâncias, que são fixas:

"Reunião Geral: Tem como objetivo coordenar as atividades desenvolvidas pelo Programa durante a semana e planejar as atividades a médio e a longo prazo. É um palco para a avaliação crítica dos trabalhos desenvolvidos, é o lugar para onde convergem todos os questionamentos e resoluções surgidos nas outras reuniões. Dela participam preceptores, residentes, funcionários, estagiários e representantes da 'comunidade'.

Reunião de Preceptores: é voltada para a programação das atividades de ensino desenvolvidas no Programa para a formação de residentes. É o palco para a integração dos trabalhos desenvolvidos pela equipe multidisciplinar. Dela participam todos os preceptores. É realizada semanalmente.

Reunião de Equipe: Cada equipe primária de saúde se reúne uma vez por semana para uma avaliação crítica de sua atuação na 'comunidade' e para a elaboração de novas atividades. Desenvolve, em uma área que lhe é atribuída, as seguintes atividades:

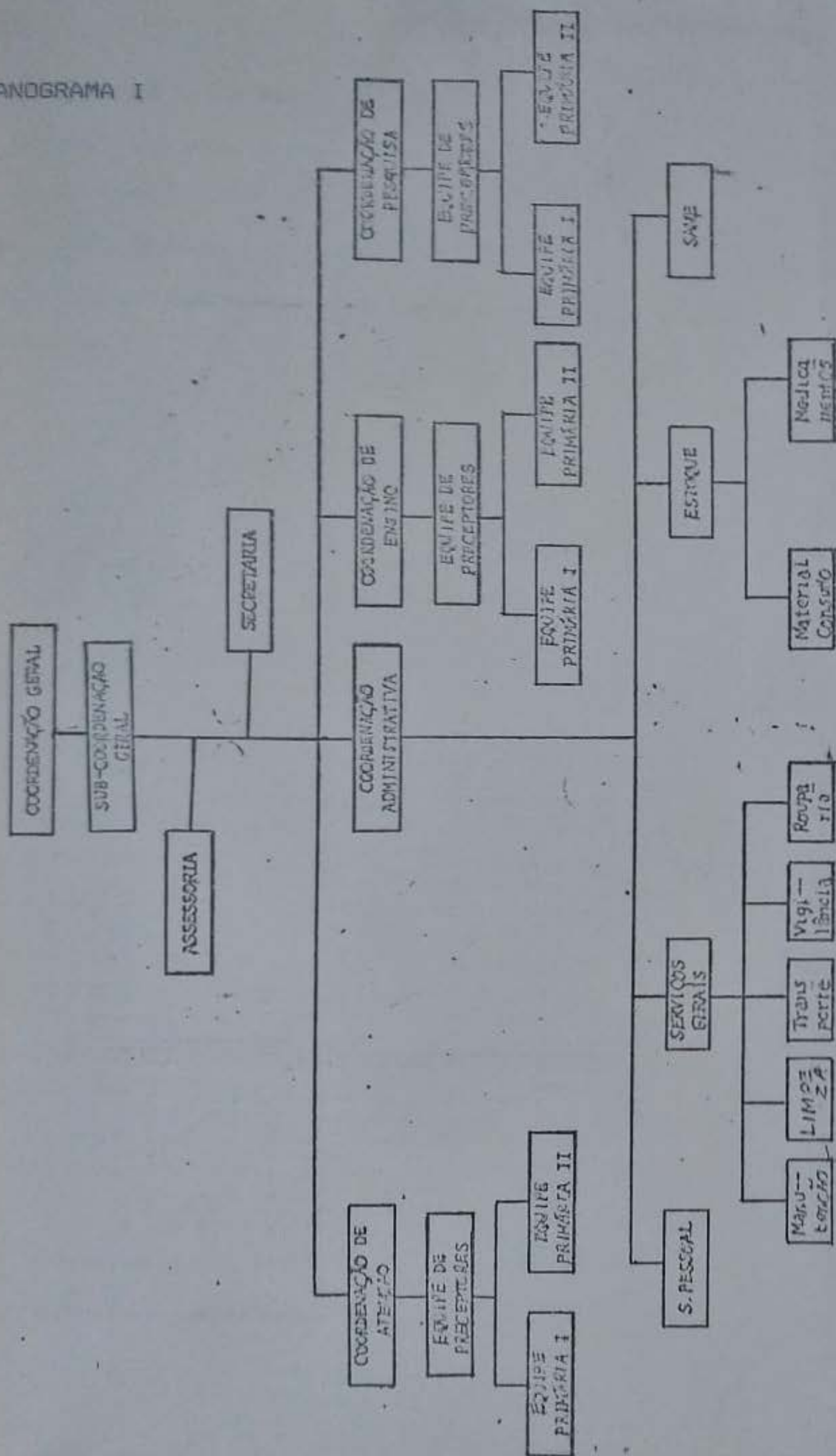
atendimento médico ambulatorial, visitas domiciliares, reuniões de grupos operativos, reuniões de quarteirões e trabalhos de educação em Saúde. De forma integrada as equipes desenvolvem programas que abrangem toda a 'comunidade', como por exemplo: Campanhas de Vacinação, participação nas reuniões da Associação de Moradores, educação em saúde nas escolas do bairro, etc.

Reuniões de Quarteirão: São reuniões quinzenais realizadas por equipes em seus quarteirões, com o objetivo de estimular uma participação mais ativa da 'comunidade' na resolução de seus problemas. As discussões partem, em geral, de questões relacionados à saúde, mas são trabalhadas todas as questões relativas aos problemas do bairro, emprego e desemprego, enfim, questões mais amplas, mas que estão diretamente relacionadas às questões de saúde.

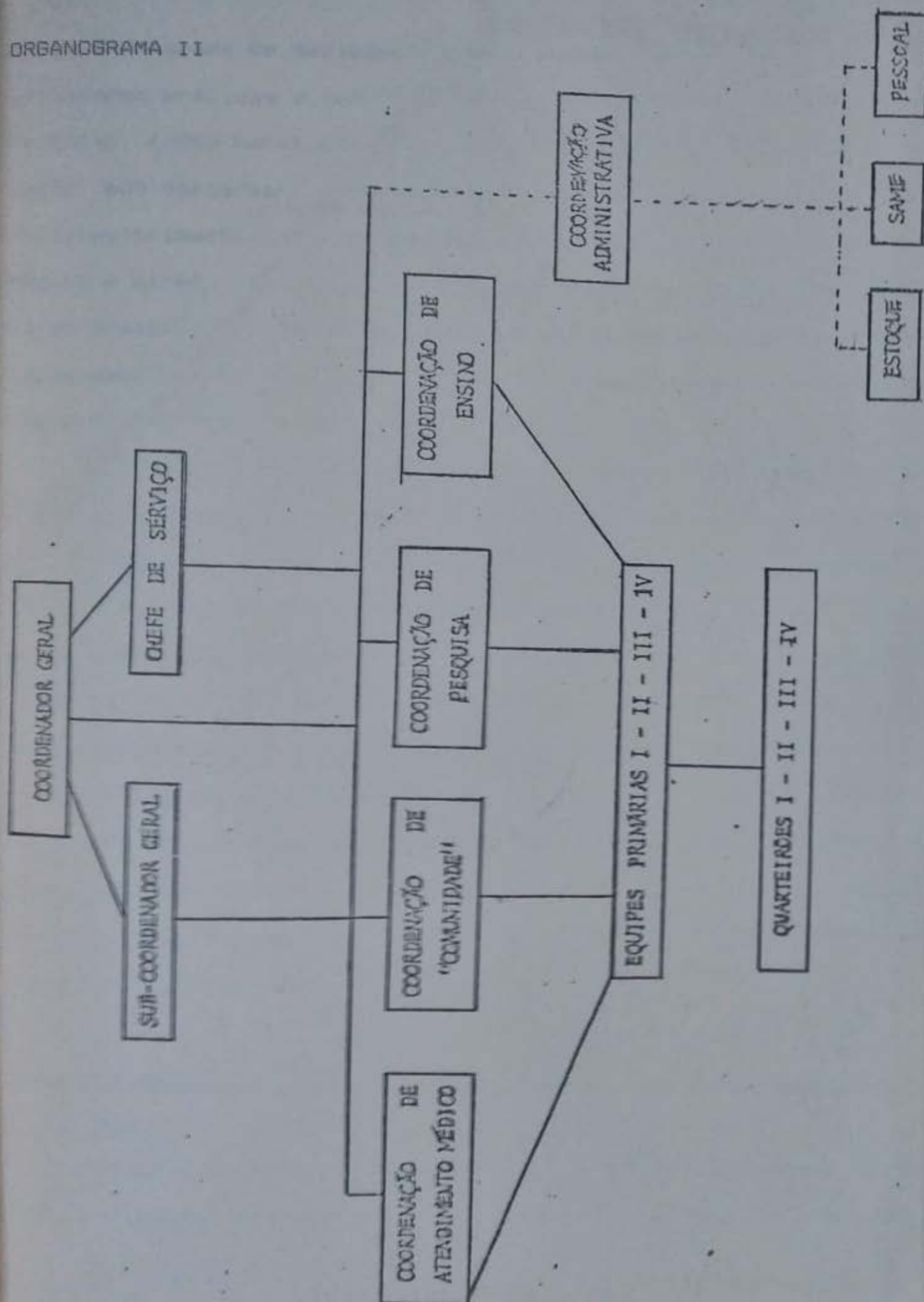
Reuniões Científico-Teóricas: São reuniões que têm por objetivo a formação de médicos residentes e fornecer subsídios para a avaliação dos diversos trabalhos e projetos desenvolvidos pelo PMGC. São elas: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Dermatologia, Epidemiologia, Relação Médico-Paciente, Supervisão de Pesquisa, Supervisão de Atuação na Comunidade, Pediatria, Antropologia da Medicina (Vide Organogramas I e II).

Além destas atividades descritas, os residentes desenvolvem atendimento ambulatorial das famílias registradas no PMGC, fazem visitas domiciliares e realizam estágio hospitalar nas áreas de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Pronto Socorro" (Equipe do PMGC, 1985:9,10).

ORGANOGRAMA I



ORGANOGRAMA II



O Programa de Residência é então composto por dois anos de atividades práticas e teóricas assim distribuídas: a) Atividades Práticas: 1.300 horas para cuidados primários e secundários de saúde, 600 horas para trabalhos de 'comunidade', 600 horas para rodízios trimestrais no HUCAM nas áreas de Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia perfazendo um total de 2.500 horas anuais; b) Atividades Teóricas: perfazem um total de 400 horas anuais divididas entre áreas já citadas na rubrica reuniões Teórico - Científicos (DMS 1983:21,22).

Todo o funcionamento do serviço depende do trabalho dos residentes. Mesmo se, enquanto proposta, os preceptores devem ter uma atuação efetiva, na prática isto não ocorre devido à impossibilidade de dedicação decorrente do fato de que, nem o Hospital nem a Universidade, colocam profissionais à disposição do PMGC em tempo integral, como seria necessário ao seu bom desenvolvimento. Atualmente, apenas um médico comunitário está contratado e, mesmo assim, não em regime de trabalho integral. Isto dificulta o desenvolvimento da proposta do PMGC na medida em que a relação com a 'comunidade' está sujeita aos revezes provocados pela rotatividade dos residentes, não sendo possível uma linha mais uniforme de ação.

O Funcionamento do PMGC e a Comunidade

Tendo em vista a necessidade de uma estreita relação entre PMGC e 'comunidade' para o desenvolvimento do projeto, uma série

de trabalhos foram realizados na área antes mesmo da implantação definitiva do Programa. Segundo avaliação de algumas pessoas do Programa: "A população de Eucalipto já acompanhava os passos da implantação do Programa, embora, a nosso ver, dentro da ótica tradicional de 'que bom que teremos médicos mais pertinho, não teremos que enfrentar as filas do INPS' etc. A equipe que vinha se reunindo três vezes por semana, discutindo a política e a filosofia do programa, sempre esteve consciente de que, em um programa desta natureza, 'os problemas locais da comunidade não podem ser entendidos como locais, nem em sua manifestação, e nem em sua origem'. Não queríamos e nem queremos oferecer a ilusão de que o povo participa na solução de seus problemas, ocultando o fato de que está impedido de fazê-lo em relação aos verdadeiros problemas reais determinantes das precárias condições de vida de que padece" (CRUZ, J. et alii 1985:95).

Desta forma, tornava-se necessário o estabelecimento de estratégias de funcionamento do serviço para que o objetivo de atingir uma maior participação da Comunidade em seus cuidados de saúde fosse efetivado. Isto vai se refletir na orientação do funcionamento e na organização do Serviço.

Baseado neste propósito, a Unidade Comunitária era entendida:

"01. Como espaço para a Comunidade:

- a) referência física
- b) presença na área
- c) porta de entrada no sistema de saúde

d) espaço para discussão de problemas

e) integração na comunidade

02. Um lugar de Coordenação:

a) escritório de saúde

b) lugar de promoção de saúde

c) lugar de democratização de saúde - trabalhar com pessoas

d) atenção de saúde

e) exercer e discutir a ação

f) formação de agentes de saúde (8)

g) ensino, pesquisa "(DMS 1983:2).

Assim,, na Unidade Thomas Tomazzi, atuavam e atuam equipes de saúde formadas por agentes de saúde. Estas equipes "desenvolvem dentro da comunidade, ações de prevenção, educação para saúde, desenvolvimento comunitário e, nos consultórios da Unidade, dão atenção aos problemas encontrados nas famílias" (CRUZ, J. et alli 1985:96).

São também desenvolvidas as reuniões de grupos, Comunidade, teóricas e atividades ambulatoriais. Caso haja necessidade, recorre-se ao HUCAM, órgão de apoio terciário do Programa, mas, mesmo assim, exige-se um acompanhamento do caso por parte do responsável por este na Unidade.

Podemos distinguir duas áreas prioritárias de atuação dos membros do Programa. Uma delas é a Comunidade e outra é a Unidade, de forma que um tipo específico de trabalho é desenvolvido em cada uma delas.

O trabalho na Comunidade vai implicar nas seguintes

atividades: visitas domiciliares quando da existência de doentes que não podem se deslocar até a Unidade; visita à área de atuação das equipes primárias, denominadas quarteirões (9), objetivando o estreitamento de contato com os moradores do local; realização de reuniões de quarteirões que têm por objetivo desenvolver nos moradores da área um conhecimento maior sobre o que é saúde (10) e sobre os cuidados necessários para mantê-la; reuniões com a Comunidade para fornecer assessoria, quando solicitada pela Associação de Moradores, ou discutir os problemas da relação entre Comunidade e Programa, quando necessário, ou então, simplesmente aproveitar a oportunidade para o estabelecimento de vínculos mais pessoais e estreitos com os moradores.

O trabalho desenvolvido na Unidade tem origem nos trabalhos desenvolvidos na área e também retorna à ela sob forma de análise de problemas detectados que são levados à Associação de Moradores. As pessoas, para terem direito ao atendimento médico fornecido pela Unidade, devem ser moradoras da sub-área III da APM e possuírem o cartão azul. O cartão azul é distribuído quando da visita dos membros do Programa à área. Esta visita é realizada anualmente pelos residentes que entram no Programa e tem como objetivo, além de renovar os dados existentes, dar aos residentes a possibilidade de um primeiro contato com os moradores do seu quarteirão. Este cartão é preenchido com os dados da família.

Mediante, portanto, a apresentação do cartão azul na sala de recepção da Unidade, a pessoa tem direito a marcar hora com o médico residente responsável pelo quarteirão onde mora. Quando da primeira consulta na Unidade, é aberto um prontuário de família

(11), pois há ênfase no tratamento da família e não no atendimento de intercorrências (12), na medida em o Serviço não se define como tendo um atendimento de Pronto Socorro. Em caso de urgência, portanto, há o encaminhamento ao órgão de apoio terciário do Programa, o HUCAM. As consultas duram um tempo mínimo de meia hora, pois há uma ênfase na necessidade de estabelecimento de uma boa relação médico-paciente e no desenvolvimento de uma "escuta" adequada das queixas e "sintomas" do paciente.

Esta "escuta" (13) adequada significa identificar não apenas um sintoma estritamente médico, mas também "sintomas" (14) sociais e psicológicos do paciente. Este prontuário deve ser preenchido da forma mais minuciosa possível, pois é através dele que são traçadas as estratégias de atuação na Comunidade.

Estes prontuários são também analisados nas reuniões teóricas sob a forma de "casos" (15), tendo o acompanhamento necessário dos especialistas requisitados. Eles possibilitam um bom acompanhamento dos pacientes, mesmo quando da troca de residentes. Os dados dos prontuário e das atividades de Comunidade desenvolvidas pelas equipes primárias de saúde são discutidos nas reuniões de equipe e, em seguida, nas reuniões gerais. Nestas reuniões são traçadas e repensadas as estratégias de atuação do Programa.

Assim: "O atendimento nos consultórios é feito para diagnosticar e tratar, ou encaminhar, problemas episódicos. Trabalhamos com prontuários de família. Enfatiza-se a relação médico paciente como uma função per se, terapêutica, e a educação em saúde possível nestes contatos. No consultório também são

feitos levantamento de perfil de saúde de famílias agendadas nas visitas que as equipes fazem às famílias em suas casas. Nestas ocasiões, é preenchido um questionário para levantamento do perfil sócio-econômico desta comunidade (Vide Anexo I) (16). Este levantamento inclui características demográficas do saneamento ambiental, recursos e atividades existentes relacionados com a saúde, os indicadores da população (alimentação, moradia, educação, centros de recreação, nível de organização da comunidade, renda per capita, índice de paridade)"(CRUZ, J. et alii 1985:96).

Vários trabalhos foram ou ainda são traçados à partir dos dados coletados nestas instâncias. São desenvolvidos trabalhos educativos na escola da área, tanto sob forma de consultas aos estudantes, como sob forma de palestras sobre os assuntos por eles solicitados. (17) Além disto já foi desenvolvido um trabalho junto à creche que compreendia atendimento médico e de saúde mental. (18) São desenvolvidos programas de vacinação, de lazer para crianças e houve tentativas para viabilizar um programa de atendimento odontológico que não se concretizou devido a impecilhos burocráticos e financeiros. Há, também, um aproveitamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (19), no sentido de trabalhar as questões colocadas pela Comunidade, e um Programa de Saúde Mental (20).

Jader B. Cruz e Rosaura B. Beato colocam bem o que é este Programa de Saúde Mental: " O Programa de Medicina Geral Comunitária acha-se em seu terceiro ano de desenvolvimento e conta

com assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicanalistas, psicólogos, antropóloga e epidemiologista, em exercício profissional ou como estagiários, e médicos residentes com ingresso de quatro a cada ano no programa. A equipe realiza reuniões semanais funcionando como grupo operativo. O poder circula, como a palavra. As decisões são tomadas à partir da experiência, da prática, do contato diário com o discurso da comunidade do qual procuramos participar. Este discurso e sua pontuação procuramos cada vez mais trabalhá-lo no campo da interpretação do que no da compreensão, nas reuniões de grupos operativos com membros da comunidade (gestantes, hipertensos, mulheres, crianças) nas reuniões de quarteirões ou nas da Diretoria da Comunidade. Mas a estrutura ali está: há um número pequeno de grupos operativos em relação à população com a qual trabalhamos e a frequência ainda é bastante irregular. Apesar de priorizarmos estas atividades como mais eficientes em termos de saúde, pelas contradições geradas, 60 a 80% do trabalho dos residentes em formação ainda é feito no atendimento médico ambulatorial ou hospitalar, ressaltando-se a progressiva mudança de papel do médico que a prática do programa vai proporcionando.

Estes médicos residentes semanalmente reúnem-se com o Dr. Hugo César Guangirolí (21), psicanalista, para discutir casos. Nestas discussões é trabalhada a leitura do sintoma, das queixas, da influência familiar no emergente episódio, situações transferenciais e contratransferenciais (22). Parece-nos se estas reuniões momentos importantes de descoberta do que aponta para um sentido. Momentos que fazem parte de uma prática a permitir

realizar leituras sócio-analíticas de situações denominadas médicas e desenvolver a relação médico-paciente terapêutica por se.

Neste mesmo programa são realizados tratamentos analíticos de pacientes a nível individual e familiar, estes em co-terapia com médicos residentes. É neste programa que pretendemos inserir alunos dos dois primeiros anos do curso de graduação do curso médico, a partir de março de 1986, através de 'disciplinas curriculares', ao mesmo tempo em que realizam as disciplinas do chamado ciclo básico. Esta prática da Psicanálise na santa paz do que está para promover bem estar, a Instituição Médica Universitária, não poderia ser possível se não estivesse permanentemente sendo gerada em um outro lugar - o caldeirão fervente da Instituição Psicanalítica - do qual muito calor estaria sendo desperdiçado sem estas idas e vindas, entradas e saídas no discurso das certezas centralizantes, o da objetividade científica" (CRUZ, J. 1985:5:6).

Como se pode observar, há uma constante tentativa de entender a demanda da Comunidade em relação à saúde e estabelecer uma estratégia de atuação eficaz na medida em que atende a esta demanda. Além disto é interessante observar o papel do PMGC, qual seja o de elo, de intermediário entre a Comunidade e a estrutura médica existente.

Uma Avaliação do PMGC

Várias avaliações já foram feitas desde o início do

Programa, além da constante reflexão crítica e reformulação de estratégias inerentes à sua estrutura, através de textos produzidos sobre ele assim como através de Mutirões (20).

Os Mutirões são reuniões realizadas anualmente, com a participação de todos os membros da equipe e que têm por objetivo uma análise geral do Programa assim como o estabelecimento de estratégias à longo prazo. De fato, são traçadas as diretrizes para todo o ano seguinte. Vamos retomar aqui as avaliações que já foram feitas pelo Programa ou do Programa.

A primeira delas foi realizada em 1984 por Marlene Maria Zanotti, Romildo Rabbi e Walter Gonçalves Vargas em uma monografia apresentada num curso de especialização em Saúde Pública. Segundo eles, devido à organização do Programa, alguns resultados práticos foram conseguidos. São eles:

"Melhor aceitação do Programa pela Comunidade - comprovado pela participação de membros da comunidade, em todas as formas de atuação deste tipo, em comunidades carentes.

Melhor conscientização dos problemas comuns aos moradores da Comunidade - são livremente debatidos pela Comunidade, juntamente com a equipe do Programa, nas reuniões.

Maior participação na busca de soluções para problemas já detectados - como consequência de maior nível de conscientização.

Melhorias na infra-estrutura e saneamento básico dos bairros - como resultado da conscientização e mobilização da própria comunidade, já se conseguiu reflexos junto aos poderes públicos (galeria pluvial, esgotos, coleta de lixo, etc.)

Diminuição do índice de algumas doenças - principalemnte

daquelas docorrentes de cuidados básicos de higiene e prevenção. (24)

Formação da primeira turma de Médicos-Residentes em Medicina Geral Comunitária - a ser concluída em março de 1985. Servirão como modelo profissional para alunos de graduação médica. Além de servirem como polo multiplicador desta forma de atuação, estarão aptos à realização de ações integradas (trabalho de equipe).

Conscientização da própria equipe (médicos residentes e principalmente dos preceptores) da necessidade de um trabalho diretamente ligado à Comunidade - totalmente diferente daquele observado na medicina tradicional e na formação profissional, como aquelas que eles próprios receberam durante o curso de graduação médica.

Conclusão, pela equipe, da necessidade de reformulação do Programa - de posse de dados obtidos no 'Relatório Final do 1º Mutirão de Avaliação do Programa de Medicina Geral Comunitária', a equipe de Coordenação e Planejamento do Programa de Medicina Geral Comunitária e da Residência Médica, vem buscando atualizar a prática do programa, baseado no processo dialético (com base nos resultados práticos até então observados, em substituição ao plano teórico utilizado na implantação do Programa).

Implantação de reforma curricular - prevista, para março de 1985 com a participação de alunos de todos os períodos, com atividades distintas e previamente determinadas no Programa de Medicina Geral Comunitária.

Apoio de órgãos públicos ao Programa: Atualmente, além da

participação da Universidade Federal do Espírito Santo, contam com os recursos do MEC, INAMPS, PMV, SESA-ES" (ZANOTTI, M. 1984: 23,24).

Entretanto, este mesmo trabalho faz algumas ressalvas ao desenvolvimento do Programa. Elas vêm sob o título de "Recomendações" e são as seguintes:

"Necessidade de maior conscientização de membros do Programa, visando-se conseguir uma maior participação e responsabilidade, nas tarefas específicas de cada membro da equipe (residentes e preceptores), sem que para isto, necessitem de coordenação e supervisão constantes, como os sistemas 'paternalistas' tradicionais.

Necessidade de expansão da área física (Unidade Comunitária), atualmente já se tornando insuficiente para atender a demanda de pacientes. Tal fato deverá ser agravado a partir de março de 1985, com a implantação da reforma curricular, e a participação de alunos do curso de graduação, nas atividades do Programa.

Contrariando toda a filosofia de um Programa de Medicina Comunitária, a unidade é separada da Comunidade por um 'muro', construído pela Universidade, com a finalidade de proteger as suas instalações físicas (grifo meu).

Necessário promover a remarcação da área, com estudos mais atualizados, em relação aos 'quarteirões'.

Necessidade de atualização e computação dos dados até então obtidos.

Tentar obter uma maior conscientização e valorização do

Programa, pelos órgãos administrativos, dada a sua importância.

Necessidade de utilização de docentes com tempo integral voltado para o Programa.

Utilização de ex-residentes, como preceptores (modelo profissional mais completo tendo em vista sua formação especializada)"(ZANDOTTI, M. 1984:26).

Retomemos um pouco a história do PMGC para entender melhor estas necessidades de reformulação do Programa. Estas considerações foram feitas baseadas, principalmente, nas discussões que ocorriam no Programa neste ano de 1984 e que desembocaram em várias transformações decorrentes em grande parte da sistematização das mesmas no Relatório Final do 1º Mutirão de Avaliação do Programa de Medicina Comunitária. Este Mutirão foi realizado nos dias 28 e 29 de setembro de 1984 e contou com a participação dos que eram, então, membros do Programa (25).

Os temas abordados nas discussões foram os seguintes: Fundamentos e Premissas do Programa de Residência Comunitária; O que é o Preceptor e suas Funções; Definição e Competência do Médico Comunitário; O que é Necessário para a Formação do Médico Comunitário - Programas e Carga - Horária.

A escolha destes temas deveu-se, principalmente, aos problemas encontrados no relacionamento entre Programa e Comunidade. Estas dificuldades de relacionamento dificultavam o desenvolvimento do Programa dentro da ótica a que ele se propunha. E as tentativas de reformulação passavam, não somente por uma transformação da prática comunitária como, também, pela necessidade de uma formação adequada dos médicos residentes e dos

preceptores. Por isso os temas de discussão iam desde uma necessidade de definição do que era o médico comunitário e do que era o Programa de Medicina Comunitária até redefinições de currículo e atividades de preceptoria. Ou seja, a prática da Medicina Comunitária como estava ocorrendo não estava sendo considerada satisfatória e, como sempre foi entendida como um processo de ensino, aprendizagem, pesquisa e prática comunitária, havia a necessidade de uma reformulação ampla.

Além disto é preciso considerar que esta era uma especialidade nova, ainda não regulamentada e que, conseqüentemente, eram os Programas existentes, em Vitória e no restante do país (26), que a estavam definindo através de uma prática e de uma orientação ideológica que não eram absolutamente homogêneas. Desta forma, estas questões eram pertinentes neste Programa, assim como em todos os que se definiam como Medicina Geral Comunitária (27).

Mas que problemas com a Comunidade eram estes e quais eram as soluções que deveriam ser encontradas? Eram basicamente dois: o relacionamento "paternalista" com a Comunidade e a existência de uma "linguagem" diferente por parte de cada um dos grupos envolvidos na situação (28). E as soluções deveriam ser encontradas tanto a nível da prática desta forma de medicina quanto a nível da formação necessária do pessoal que deveria exercê-la.

Num artigo escrito por membros do Programa em 1985 podemos perceber qual era a problemática em questão: "A diretoria do Movimento Comunitário, eleita em Assembléia Geral dos Moradores do

Bairro, reúne-se semanalmente aos sábados, a partir das 16:00 horas, alternadamente, nas casas dos moradores e na Unidade de Saúde. A equipe de saúde faz-se representar por residentes e outros profissionais, não com o objetivo de assessoramento, mas de participação no processo de discussão dos moradores.

Observamos que a Diretoria do Movimento Comunitário mantém com o Programa um vínculo de dependência e passividade, fruto, a nosso ver, da marca do autoritarismo de nossa história política. Quando, nas nossas reuniões conjuntas, ela apenas assente, dizendo que está 'tudo bem', 'muito obrigada', 'tudo está ótimo', está explicitado que o poder está com o Programa e seus executores. (Quando na inauguração da Unidade, a Diretoria da Comunidade ofereceu-se para doar bancos para a sala de espera, ressaltamos na época como estavam querendo garantir o seu lugar passivo e de espera). A partir desta relação a Diretoria reproduz com a Comunidade este mesmo vínculo de dominação, pois o que se constata é que a Diretoria não é representativa da Comunidade, (grifo meu) não facilita a participação e a entrada de pessoas novas no grupo. É sempre o mesmo grupo que discute, planeja, decide e executa" (CRUZ, J. et alii 1985:96).

O mesmo assunto reaparece no Relatório Final do 1º Mutirão de Avaliação do Programa de Medicina Geral Comunitária realizado em 1984. Consta deste Relatório: "Os três grupos trouxeram como resultado da discussão, a mesma conclusão: a necessidade de rever os fundamentos e premissas do Programas de Medicina, reformulando todo o texto já escrito (O livreto PMGC-1983). Analisado um dos objetivos do Programa, que é 'detectar problemas e desenvolver

soluções em conjunto com a comunidade', parece que temos nos relacionado com a Comunidade de forma 'paternalista', partindo do pressuposto de que eles não sabem das coisas. É como se estivesse implícito nesta relação que 'eles', os moradores, não têm consciência, não têm capacidade de organização. Nós, o Programa, é que temos que chegar, que informar, passar conhecimentos e formar. E, partindo do pressuposto de que a Comunidade, seus moradores, têm consciência, têm capacidade de se organizar, só que diferente da nossa, que pertecemos a uma outra classe social, concluiu-se que o conteúdo e a metodologia do Programa devem ser reformulados, em que facilitar a emergência da palavra significa deixar emergir e fluir a palavra e não impor a nossa palavra "(Equipe do PMGC 1984:4). (Ênfase original)

Entretanto, para uma melhor compreensão de como era pensada esta questão na época, talvez fosse melhor nos determos um pouco no artigo da Revista Brasileira de Educação Médica. Segundo ele: "Por muitos anos, organizações governamentais e privadas dispenderam muito esforço e dinheiro tentando melhorar a prestação de cuidados de saúde, mas deve admitir-se que nenhuma mudança radical resultou no estado de saúde das populações. Nos países em desenvolvimento e nos industrializados há insatisfação, sendo a razão principal 'falha em atingir as expectativas da população' (Flahault, D. The role of qualified personnel in health and development. Who chron, 34(5):186-8, 1980). Esta referência poderá fazer-nos pensar, primeiramente em falhas de comunicação entre instituições por suas equipes de trabalho e de determinados grupos sociais. As percepções de um grupo podem não corresponder às do

outro e a existência de um padrão prefixado de relação instituição/grupo social pode servir como barreira para a sintonia destas percepções. O resultado pode ser a aparente sintonia de metas e objetivos. Aparente por possuírem significação diversa. A única concordância é alienada e mantém a desigualdade de percepção da realidade.

A inserção da equipe na comunidade onde trabalha parece ser a maneira de assumir este trabalho como sendo da comunidade. 'Para compreender convenientemente um fator social é necessário apreendê-lo totalmente, isto é, de fora, como uma coisa de que faz parte integrante a apreensão subjetiva (consciente e inconsciente) que dela teríamos se, inevitavelmente homens, vivêssemos o fato como indígenas, em vez de observá-los como etnólogo' (Renzi, E. sobre a noção de inconsciente em Lévi-Strauss, Petrópolis, Vozes, 1968). A presença do médico geral comunitário nas casas caracteriza o contato com as pessoas agrupadas na família, a unidade dinâmica fundamental da comunidade (Instituto Nacional de la Salud, Espanha. La medecina familiar y comunitária. Madrid, Sanidade Y Seguridade Social, 1980).

Algumas questões, entretanto, necessitam ser colocadas neste ponto. 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 de Estado que perpetua o discurso transmitido de geração a geração em relação ao lugar do sujeito, da família, da comunidade?" (CRUZ, J. 1985:96,97).

Como já dissemos anteriormente, a resposta a esta

problemática foi pensada como passando por uma reestruturação da prática comunitária e pela reestruturação do Programa de Residência, enquanto órgão formador de pessoal qualificado, e pela reelaboração da "ideologia" do Programa.

Vamos nos ater em primeiro lugar à reestruturação do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária. Até este momento, apesar do Programa considerar prioritário o trabalho com a Comunidade não havia se desenvolvido uma área de atuação efetiva para o Serviço Social, a nível de conhecimento teórico. Havia, sim, a participação da Assistente Social entendida como facilitadora das relações do Programa com a Comunidade. Não houve uma mudança nesta concepção, mas sim uma ampliação de sua área de atuação na medida em que se estabelece a necessidade de uma formação mais aprofundada do residente nesta área de conhecimento.

Um segundo aspecto importante desta transformação foi a efetivação de um setor de pesquisa que deveria não somente abranger questões médicas, mas, também, desenvolver pesquisa na área de Ciências Sociais na medida em que se tornava prioritário um conhecimento da população-alvo (29) do Programa. Associado a este setor de pesquisa começa a se desenvolver um espaço para discussões teóricas do âmbito das Ciências Sociais consideradas como fornecedoras de um embasamento necessário à formação dos residentes.

Além disto, começa-se a reformulação dos programas das disciplinas médicas que passam a ser entendidas como tendo a necessidade de focar não só as questões médicas mais ligadas aos aspectos clínicos mas, também, as questões de Saúde Mental e as

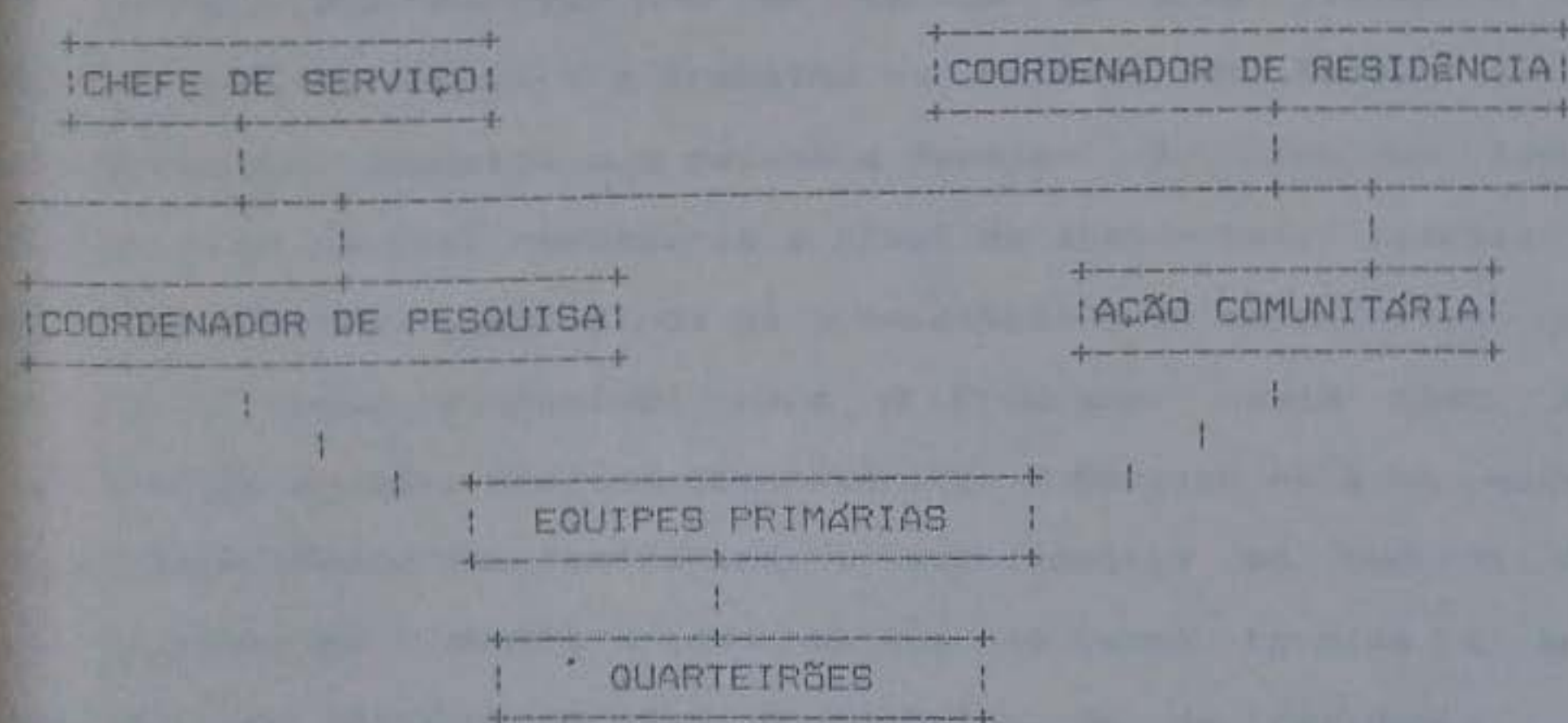
Uma avaliação Final do PMGC

Em 1988, uma avaliação crítica do PMGC implicava em mostrar as suas conquistas mas, também, em apontar alguns problemas.

Em primeiro lugar, cabe observar que houve uma alteração na estrutura de funcionamento do Programa. O eixo central de sua atuação segue duas linhas: PAISM e o PAISC. Esta reestruturação deveu-se à necessidade de aproximar mais a realidade do Programa da realidade dos serviços de saúde existentes, no sentido de fornecer aos residentes uma formação mais adequada ao campo profissional que os espera. Entretanto, isso não significa que o trabalho desenvolvido atualmente não seja crítico. Apenas são aproveitadas as instâncias governamentais existentes para o seu desenvolvimento.

Houve uma alteração em seu organograma (Vide Organograma III).

Organograma III



questões sociais de forma integrada, como é objetivo da Medicina Comunitária. Esta idéia já existia desde a implantação do Programa, entretanto, somente agora era possível concretizar, mesmo nas disciplinas médicas uma ênfase na abordagem integral do paciente. De fato, "o frasco com vários líquidos que não se misturavam" (CRUZ, J. 1985:4) estava tendendo a uma integração.

Estas reformulações refletiram-se inclusive na organização do Serviço. Começa a haver uma cobrança muito maior na realização de bons prontuários de família e na necessidade de contato com a Área Programática por parte de todos os membros do Programa. Até este momento, o contato com a Área havia sido feito, principalmente, pelo Sociólogo, pela Assistente Social e pelos residentes, e a ênfase maior era dada na atuação na Comunidade. A partir destas reformulações, a ênfase passa a ser na observação, na "escuta", enquanto meio de atingir um melhor entendimento da Comunidade, possibilitando, conseqüentemente, o estabelecimento de estratégias de atuação mais eficientes.

É neste momento que as preocupações com a participação dos preceptores no Programa e com a contratação de Médicos Gerais Comunitários surge com mais força. Vai inclusive determinar a condução de uma política, por parte do Programa, no sentido de divulgação do PMGC de modo a efetivar a participação de vários membros que, até o momento, participavam graciosamente, assim como de contratar o restante do pessoal necessário.

Dentro deste contexto, as funções dos preceptores eram: "a) discussão teórica dentro de sua especialidade; b) supervisão direta e indireta: ambulatorial, de casos, da comunidade, reuniões

de equipe, reuniões de grupos operativos, reuniões de quarteirões, reuniões administrativas, c) avaliação: dos residentes, do programa, das tarefas, d) selecionar os candidatos da residência" (Equipe do PMGC 1984:6).

Para os residentes ficou decidido que deveriam "capacitar-se: a) para colher informações, tomar conhecimento dos problemas da comunidade, estabelecer as relações necessárias para a sua inserção na mesma, marcando a importância de não impôr soluções, mas de oferecer os serviços para o desenvolvimento das formas organizativas próprias da comunidade. Pensamos que o lugar social como variável nova e perturbadora da assistência médica, modifica as relações médico-paciente, estruturação da história clínica e a interconsulta e gera práticas não habituais na medicina.

Para alcançar estas metas (o residente) deverá instrumentar-se para: a) assistência a todos os membros da comunidade através de cuidados primários, para o que deverá estar habilitado, também, em ginecologia; b) coleta de dados, questionários e formulários, reuniões de família, reuniões comunitárias, visitas domiciliares, grupo de quarteirões, grupos operativos" (Equipe do PMGC 1984:7).

Em termos da relação entre Programa e Comunidade, apesar de, em momento algum, haver sido definida a necessidade de uma prática "paternalista", as análises demonstraram que esta era uma realidade. Haverá, então, a partir deste momento, uma ênfase adicional na diferença existente entre o modelo médico tradicional - autoritário, que não respeitava a comunidade, que fornecia uma

visão parcelada do homem e que visava a reprodução de um saber - e a prática da Medicina Comunitária, definida como essencialmente transformadora. É neste momento que a questão do "Muro de Flores" se torna importante a ponto de simbolizar a relação do Programa com a instituição médica e com a Comunidade.

O que era o Muro de Flores? A partir do momento em que se definiu a Medicina Comunitária como uma prática médica alternativa e oposta a uma prática tradicional, os membros do Programa começaram a tomar consciência de sua posição marginal dentro da instituição à qual estavam ligados. Esta marginalização era entendida como sendo uma "marginalização integrada", ou seja, ao mesmo tempo em que a MGC estava ligada ao Centro Biomédico da UFES, não podia se beneficiar, ao menos não da mesma forma que os outros setores a ele ligados, de verbas para contratação de pessoal ou para uma melhor prestação de serviço à Comunidade. Era apenas uma experiência tolerada e que devia prestar contas de seu desenvolvimento a uma direção que não entendia o seu projeto.

Esta questão vai se tornar especialmente visível quando da decisão do CBM de construir um muro separando a Unidade Comunitária Thomas Tomazzi do restante das instalações da Faculdade de Medicina alegando razões de segurança. Depois de muitas negociações onde os objetivos do Programa foram colocados, conseguiu-se evitar a construção do muro. Tempos depois, entretanto, apareceram funcionários plantando uma cerca viva de hibiscus em torno da Unidade de Baúde.

Este período coincidiu com a acentuação dos problemas com a Comunidade, que exigia que o muro da frente da Unidade fosse

retirado pois, já que a Unidade era deles, por que cercá-la com um muro alto e colocar um portão com cadeado? A partir deste momento, a imagem de um serviço separado da instituição por um muro simbólico e da Comunidade por um muro real, passou a significar para os membros do Programa o retrato da sua situação.

Em 1985, quando da realização do Congresso da AMES (Associação Médica do Espírito Santo), o PMGC apresentou um trabalho na seção de temas livres que se intitulava: "O Muro de Flores - Formação e Extensão: relato de uma prática médica alternativa", onde, após a exposição dos objetivos e do funcionamento do Programa, finalizava dizendo: "São todos os fatos expostos até agora que fazem com que o PMGC não pertença nem à Comunidade - da qual está separada por um muro, o que bem ilustra que a perfeita integração não foi conseguida - nem à Universidade - da qual está separado, simbolicamente, por um muro de flores. Nosso objetivo é tornar o PMGC, o elo de ligação entre a estrutura formal da Universidade e as necessidades da "comunidade". Por isto a necessidade de uma prática médica alternativa" (Equipe do PMGC 1984:11).

Como romper, entretanto, com a situação simbolizada pelo Muro das Flores? Várias foram as estratégias estabelecidas. Algumas no sentido de estabelecer uma relação maior com o HUCAM e com o próprio CBM. Estas relações visavam um maior esclarecimento sobre o Programa de forma a propiciar a obtenção de verbas para a contratação de pessoal e para o aumento da Unidade de Saúde que já não dava mais conta do atendimento e muito menos, de abrigar as reuniões e atividades da Comunidade.

Além deste estreitamento de contato com o CBM e com HUCAM tentou-se o estabelecimento de ligações que possibilitassem a implantação de modelos de Medicina Geral Comunitária em Unidades de Saúde, não necessariamente vinculadas à Universidades. Isto implicaria em contatos com políticos, na medida em que os serviços que se prestam a uma atuação da MGC são serviços municipais e estaduais. É preciso ressaltar aqui, entretanto, que o Programa nunca estabeleceu nenhuma vinculação partidária e que, os contatos políticos de algumas pessoas a ele ligadas, se algumas vez utilizados, não significou apoio político do Programa a candidatos ou a partidos (30).

Uma terceira estratégia foi desenvolvida no sentido de ativar a viabilização do novo currículo da graduação da Faculdade de Medicina. Como já foi dito anteriormente, um dos motivos pelo qual foi criada a Residência em MGC foi a necessidade de um "modelo profissional" que servisse para a formação de um novo tipo de profissional de medicina. Assim, uma das maneiras de abrir espaço para esta proposta era a efetivação da implantação de um novo currículo.

Como se pode observar, este foi um processo lento que se desenvolveu através de várias linhas de ação. Alguns destes objetivos só vieram a ser alcançados em 1988. Outros foram alcançados apenas parcialmente. Mas muitas coisas se alteraram entre 1984 e 1988. Vejamos como se deu este processo de transformação do PMGC.

As Realizações do PMGC

Como já vimos, as transformações do PMGC foram uma constante em sua história. Nesta parte, porém, vamos nos deter nos desenvolvimentos decorrentes das discussões surgidas por ocasião do 1º Mutirão de Decisões, realizado em fins de 1985 e que se desdobram, basicamente, em três direções.

A primeira delas foi o estreitamento de relações com o Centro Biomédico da UFES e com o HUCAM e desembocou na contratação do primeiro Médico Comunitário do Programa, um egresso desta mesma Residência. Era, finalmente, a concretização do modelo de profissional, proposta pela MGC, atuando no Programa de maneira efetiva. Através de um contato mais próximo do CBM com os Departamentos de outros Centros da Universidade, aos quais estavam vinculados alguns preceptores do Programa houve, também, a possibilidade de estabelecimento de um trabalho contínuo por parte destas pessoas. Isto foi conseguido, principalmente, por meio de destinação de carga horária para atividades de Extensão (31), por parte dos Departamentos do origem, a estes preceptores.

Conseguiu-se, além disto, a verba necessária para ampliação da Unidade de Serviço. Esta reforma era muito necessária por três motivos. Em primeiro lugar porquê, devido a uma maior aceitação do Programa por parte da Comunidade, o número de consultórios não era mais suficiente para o atendimento das famílias. Em segundo lugar, porquê com o desenvolvimento de uma prática comunitária que atendia mais aos anseios da população - que não possui até hoje sede própria para atuação da Associação de Moradores (32) - não havia espaço físico para sediar as atividades por ela

desenvolvidas. Não havia, desta forma, espaço amplo o suficiente para a realização de cursos profissionalizantes promovidos pela Associação de Moradores, o que sempre foi uma grande reivindicação da população.

Esta ampliação fazia-se urgente, também, devido à iminência de implantação do novo currículo de Medicina que traria à Unidade de Serviço quarenta novos alunos por semestre. Em 1987 a reforma foi realizada e, atualmente, a área física da Unidade está razoavelmente, adequada às suas necessidades.

Em 1988 efetiva-se a implantação do novo currículo e disciplina de Psicologia Médica, para alunos de primeiro período, começa a funcionar na Unidade Comunitária Thomas Tomazzi sob a orientação dos professores Camillo Nassar Chamoun, Jader B. Cruz, Liberato T. Schawartz, Olga Maria Reis e Silva e Rosaura B. Beato. O curso se propõe a fazer os alunos "conscientizarem-se de sua vida como estudantes, como profissionais e como pessoas", desenvolvendo neles competências específicas a cada unidade do curso (33).

Estas unidades são desenvolvidas através de teoria e prática dentro de um processo dialético, pois, "a partir das atividades práticas desenvolvidas será elaborado o referencial teórico pertinente" (Programa de Psicologia Médica para o 1º Período da Faculdade de Medicina da UFES, 1988). Desta forma, os alunos entram em contato com a Comunidade através de pesquisas que desenvolvem na APM, assim como vivenciam a realidade de um atendimento médico diferenciado.

Com relação à implantação do modelo de MGC em Unidades de

Com relação à implantação do modelo de MGC em Unidades de Saúde não vinculadas à Universidade, a oportunidade apareceu em fins de 1986. Nesta época, um residente do Programa foi contratado como médico da Prefeitura Municipal de Vitória e, dois deles, já contratados pelo IESP (Instituto Estadual de Saúde Pública), devido a negociações de membros do Programa, foram colocados à disposição da PMV que estava preocupada com a reformulação de seus serviços de saúde (34).

Estes três residentes foram então designados para trabalhar no Posto de Saúde do Bairro Maria Ortiz (35), que já possuía uma Comissão de Saúde e reivindicava um atendimento médico nos moldes do PMGC. Após muitas discussões internas onde foram avaliadas as implicações políticas deste tipo de trabalho e as consequências do deslocamento de mão-de-obra da Área Programática de Maruípe para o Bairro Maria Ortiz, o Programa decidiu pela atuação de seus residentes e, o modelo do serviço foi elaborado de forma a preservar as características de sua proposta.

O trabalho desenvolvido no Bairro Maria Ortiz foi muito proveitoso para o Programa na medida em que lá se encontrou uma realidade muito diferente da existente na APM. A população deste bairro já estava organizada e sabia de antemão o que queria em termos de atendimento médico e cuidados de saúde. Prescrevia, através de um documento, uma série de atividades curativas e preventivas que deveriam ser desenvolvidas na Unidade de Saúde e reivindicava o direito de escolha de seus médicos (36).

Durante o período de 1986/1988, a proposta do PMGC teve a sua maior abrangência. Em 1987, um ex-residente do Programa foi

bairro já estava organizada e sabia de antemão o que queria em termos de atendimento médico e cuidados de saúde. Prescrevia, através de um documento, uma série de atividades curativas e preventivas que deveriam ser desenvolvidas na Unidade de Saúde e reivindicava o direito de escolha de seus médicos (36).

Durante o período de 1986/1988, a proposta do PMSC teve a sua maior abrangência. Em 1987, um ex-residente do Programa foi indicado para o cargo de Secretário Municipal de Saúde. Por um lado, esta indicação foi boa para o Programa, pois significava a possibilidade de ampliação de sua proposta. Por outro lado, trouxe alguns problemas para o trabalho desenvolvido no Bairro Maria Ortiz, na medida em que afastou de lá, ao mesmo tempo, os três residentes envolvidos no projeto.

Somente em 1988, com a renúncia do Dr. César Colnago ao cargo de Secretário de Saúde Municipal, houve o retorno de um dos ex-residentes ao Bairro Maria Ortiz e o trabalho foi retomado. Mesmo assim, não nos moldes anteriores, na medida em que apenas um deles está lotado neste local pela Prefeitura. Entretanto, é importante observar a necessidade de pessoal adequadamente qualificado quando se pretende a execução de um plano de saúde que envolva a Comunidade.

O objetivo do PMSC é a formação deste pessoal qualificado de forma que os cuidados de saúde da população impliquem não somente em uma concepção mais ampla de saúde, mas, também, em que estes sejam assumidos pela população.

As atribuições dos vários setores são:

Coordenador de Pesquisa: Responsável pelas pesquisas desenvolvidas pelo Programa e por seus residentes.

Chefe de Serviço: Está ligado ao Hospital Cassiano Antonio de Moraes. É responsável pela parte administrativa da Universidade e pelo atendimento médico. Além disto, é responsável pela coordenação da antiga Reunião Geral, agora Reunião de Serviço.

Coordenador de Residência: Está ligado ao CBM (Centro Biomédico) e é responsável pela parte de ensino. Coordena a Reunião de Preceptores, onde são discutidos os assuntos dos residentes.

Coordenação de Ação Comunitária: Responsável pela coordenação do PAISM e do PAISC, assim como por todos os outros trabalhos comunitários desenvolvidos pelo Programa (37).

Todas as outras instâncias de reunião do Programa continuam como foram descritas nas páginas anteriores deste capítulo.

Cabe ainda observar que em termos de área física e do pessoal qualificado para o trabalho na Unidade de Saúde, ainda existem alguns aspectos que deixam a desejar. Se, por um lado, dispõem-se do pessoal necessário a nível de atendentes, limpeza e auxiliar de enfermagem, ainda há a necessidade de enfermeiras com um maior tempo disponível para o Programa, assim como de contratação de mais médicos comunitários. O Serviço está na quase total dependência dos residentes, o que implica em quebras na continuidade do trabalho a cada vez que uma turma termina o seu período de estudos ou que o trabalho de um residente é

interrompido por uma contingência qualquer. Além disto, os muros que separam a Unidade de Saúde da APM e das instalações do Centro Biomédico, ainda existem.

Se pensarmos em termos de formação dos residentes, ainda outros problemas se colocam. Por um lado, ainda não foi possível a implantação de um sistema de avaliação que possibilite a escolha de candidatos verdadeiramente adequados para o desempenho deste tipo específico de medicina (38), na medida em que a ênfase ainda é em um conhecimento clínico e não numa avaliação que permita julgar o potencial para o desempenho de atividades comunitárias e a disponibilidade para o aprendizado na área de Ciências Sociais. Além disto, ainda não há um bom entendimento da proposta do Programa dentro dos meios médicos, de forma que muitos dos candidatos não sabem o que esperar deste tipo de Medicina.

Como agravante podemos citar o problema da exígua carga horária dos preceptores do Programa ligada, também, à má compreensão desta proposta pelos outros departamentos da Universidade. Muitas vezes, como decorrência destes fatores, não se consegue atingir a proposta de interdisciplinaridade e as instâncias de integração do PMGC funcionam em caráter precário. A ausência dos preceptores é agravada pela de Médicos Comunitários, que seriam as pessoas indicadas para ensinar aos residentes no que consiste a abordagem global do paciente.

Entretanto, a implantação do novo currículo de Medicina significa a possibilidade de melhor entendimento, por um número maior de pessoas, da proposta do PMGC e espera-se que as pessoas interessadas nesta especialidade a procurem com um nível de

qualificação melhor é preciso levar em consideração, ainda, que o reconhecimento da Medicina Geral Comunitária como uma especialidade médica (38) e a reforma do Sistema de Saúde (40) devem levar a uma valorização de programas deste tipo.

Em termos do trabalho comunitário desenvolvido, existe a preocupação de uma melhor "escuta" da Comunidade de forma a possibilitar um melhor andamento das atividades desenvolvidas em benefício da população. Esta continua a ser a área mais difícil de ser trabalhada pois é condicionada pelas expectativas e desejos da população e, conseqüentemente, não pode se desenvolver dentro de uma determinação de tempo muito rígida. Mas, o PMGC está longe das atitudes "paternalistas" identificadas no início do Programa.

Durante estes anos houve a possibilidade de uma consolidação não só da estrutura do PMGC como de suas propostas, assim como a efetivação, a nível nacional, do reconhecimento por alguns segmentos, da necessidade de formação deste tipo de especialista como forma de mudar a estrutura de saúde existente.

Mas, apesar de todos estes avanços no desenvolvimento do PMGC, a idéia simbolizada pelo Muro das Flores ainda prevalece. A cerca-viva de hibiscus ainda continua no mesmo lugar. O muro que separa a Unidade da Comunidade, também. A Comunidade, apesar da existência de um melhor relacionamento, ainda não compreendeu totalmente a proposta do PMGC. O CBM também não continua entendendo o PMGC como uma experiência extra-muros. Desta forma, está sujeito a uma decisão de fechamento sumário.

Como se pode observar pela descrição, o PMGC ainda está em uma posição liminar. Nem dentro nem fora da Universidade. Nem

dentro nem fora da Comunidade. Excluído simbolicamente pela cerca de hibiscus da Faculdade de Medicina e concretamente pelo muro da Comunidade, o PMBC continua sendo uma tentativa de integração da Medicina às necessidades reais da população.

NOTAS

(1) Segundo um de meus informantes, a implantação da Área Programática de Maruípe fazia parte de uma política do Governo Federal e se estendia a outras Universidades. Não me foi possível, entretanto, comprovar a veracidade de tal informação.

(2) Este apoio foi "consusbtanciado pelo sub-projeto nº 23 da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisas e Programas Especiais - PAPPE do Ministério da Saúde" (DMS 1983:36).

(3) Este departamento passa a se chamar Departamento de Medicina Social em fevereiro de 1973 quando de uma reforma que funde as faculdades de Medicina e Odontologia resultado na implantação do Centro Biomédico (Livreto do Centro Biomédico)

(4) São eles: Programa de Pediatria (1978) desenvolvido pelo Departamento Materno-Infantil da UFES e, a partir de 1982, o cadastramento da área por monitores do Departamento de Medicina Social (CRUZ, J. et alii 1985:95)

(5) Esta é a terminologia utilizada pelos médicos em seus escritos e não são especificados os critérios que indicaram a sua escolha.

(6) Segundo os moradores da APM nenhum deles possui documento de posse da terra porque esta havia sido doada inicialmente à UFES com a condição de que fosse ocupada em um tempo determinado. O que não fosse ocupado durante este período seria liberado para ocupação de outras pessoas. Os atuais moradores argumentam que a situação não foi legalizada porque a UFES pretende expulsá-los de lá e identificam os membros do Programa com este projeto. Não obtive, entretanto, informações sobre o assunto entre os médicos que dizem desconhecer tal situação.

(7) Refiro-me aqui à Conferência Intercional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 12 de setembro de 1978, que produziu um documento que serviu de base para a primeira proposta do PMGC. É chamado de Declaração de Alma-Ata e estabelece dez pontos que definem não apenas um conceito amplo de saúde como também as estratégias de atuação que devem ser adotadas (DMS 1983 e Who Chron xerox de número e data não identificável).

(8) Agentes de Saúde é a "denominação genérica para qualquer membro da equipe independente de sua área de formação, incluindo as lideranças da comunidade..." (DMS 1983:1).

(7) Quarteirões são áreas da sub-área III que são atribuídas às equipes. A sub-área III é dividida em quatro quarteirões, cada um sob a responsabilidade de uma equipe primária de saúde que tem como membros um R1 (residente de primeiro ano), um R2 (residente de segundo ano), preceptores, estagiárias de serviço social e psicologia e funcionários da Unidade de Saúde. Idealmente deveria contar com um morador do quarteirão, mas nunca houve a participação de um deles em nenhuma das equipes.

(10) Saúde para o PMGC deve ser entendida segundo a definição de em Alma-Ata, ou seja, como "estado completo de bem estar físico, mental e social" (DMS 1983:9).

(11) O prontuário de família é um formulário onde são anotados todos os dados coletados sobre todos os membros da unidade familiar que se consultam no PMGC. Estes dados são médicos, sociais e de saúde mental e devem dar ao médico comunitário uma visão do paciente na família e na Comunidade dentro da qual está inserido.

(12) São consultas não agendadas e que devem ser incluídas entre uma e outra hora marcada.

(13) "Escuta" caracteriza, no jargão psicanalítico, o emprego do método da associação livre de idéias. Para este método ou regra ver, por exemplo, Estudos sobre a Histeria (Freud 1987a).

(14) Para a psicanálise difundida na cultura brasileira, "sintoma" significa indício de problemas não resolvidos por meios ou fins adequados. Entretanto, este termo, na acepção psicanalítica, significa: 1. sinal clínico de alguma psicopatologia; 2. um processo substitutivo de uma realização de desejo inconsciente. Estes dois sentidos são definidos em "Inibições, sintomas e ansiedade" (Freud 1987b).

(15) Casos clínicos, "casos", são os relatos sobre os pacientes apresentados pelo médico para discussão com os colegas.

(16) Estes questionários têm por objetivo coletar os dados considerados necessários para uma abordagem integral do paciente. Pode-se observar a preocupação com alimentação, renda familiar, condições de saneamento e moradia, assim como com tipo de família, lazer, religião e cor, além do fato de que, declaradamente, têm o objetivo de controle da população pois o questionários exigem o nome do chefe de família e o endereço completo. Estes questionários são passados de residência em residência e não é aceito um trabalho por amostragem.

Pode-se observar a relação entre os dados considerados necessários para o conhecimento da população e os momentos pelos quais passou a atuação dos médicos na APM. A partir da criação do PMGC, dados sobre religião e cor (questionários D em diante) não são mais considerados necessários e depois de 1985 (questionários E e F) existe uma preocupação com as relações de parentesco e com a concepção da população sobre o programa além das informações

consideradas úteis pelos médicos. Entretanto, é preciso dizer, entretanto, que nenhum destes questionários teve os seus resultados apurados e analisados. O PMGC trabalha em cima de conjecturas que são feitas pelos residentes e pelas estagiárias de serviço social, quando de suas visitas à área, inclusive para preenchimento dos questionários, que tem objetivo adicional de obrigar o residente a estabelecer um contato direto com os moradores de seu quarteirão.

(17) Para a realização destas palestras era feito um levantamento dos temas considerados prioritários pelos professores e alunos da Escola em questão. Os temas escolhidos diziam respeito a sexualidade do adolescente.

(18) Este projeto desenvolvido na creche do bairro enfatizava, principalmente, um atendimento em Saúde Mental e visava minimizar os conflitos psicológicos das crianças que lá se encontravam.

(19) O PAISM e o PAISC são dois programas ligados ao Ministério da Saúde que visam um controle, da saúde da mulher e da criança. Todo seu material é fornecido pelo Governo Federal através das secretarias de saúde dos Estados.

(20) Este Programa de Saúde Mental era desenvolvido por um grupo de professores da UFES, ligados ao DMS e que, originalmente, estavam vinculados ao Serviço de Higiene Mental, criado por Olga

Maria Reis e Silva com o apoio de Tomazzi em 1977. Este foi o primeiro Serviço do HUCAM conduzido apenas por psicanalistas. No momento em que funcionava no PMGC, ele estava praticamente desarticulado. Ver a este respeito "Os Quatro Cavaleiros do Apocalipse: Algumas anotações para uma história da Psicanálise no Espírito Santo" (CARVALHO, C. 1989).

(21) Hugo César Guangirolli é considerado o "Pai" da Psicanálise em Vitória. Ver a este respeito "Os Quatro Cavaleiros do Apocalipse": Algumas anotações para uma história da Psicanálise no Espírito Santo (CARVALHO, C. 1989). A sua presença no PMGC é importante na medida em que, como veremos posteriormente, este programa surge no bojo do processo de implantação da Psicanálise em Vitória.

(22) Transferência: "Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com ele eminentemente, no quadro da relação analítica" (Laplanche e Pontalis, 1970:668).

Contratransferência: "Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência deste." (Laplanche e Pontalis, 1970:146).

(23) Apesar de, em momento algum, ter sido dito por algum membro do programa que esta designação dos trabalhos de avaliação - Mutirão - tinha ligação com a definição, utilizada pelo Colégio

Freudiano do Rio de Janeiro para um tipo específico de reuniões realizadas por eles quatro vezes ao ano, é interessante assinalar a semelhança da proposta de trabalho além da coincidência do nome. Assim, para o Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, Mutirão é: "uma congregação de esforços, no sentido de trabalhar um tema de importância para a teoria e a prática analítica."

Seu modo de operar é pela prática dos cartéis: um cartel, dito Cartel Relator, se constitui para produzir uma comunicação (individual mas elaborada no intercuro do cartel) a ser apresentada ao plenário dos cartéis. Este, é constituído por outros cartéis (em números não-limitado), os quais são constituídos com maior ou menor antecedência ao, ou mesmo no próprio, início do evento Mutirão.

Como o Mutirão é uma operação de transmissão do colégio, o Cartel Relator é constituído por membros do Colégio, podendo nele haver convidados aprovados pelo conselho.

Os trabalhos se realizam, durante um fim de semana (preferencialmente), em cinco sessões, "(Cardoso Dias, A. 1985: 204)

Não havia, no PMSC, a obrigação de um "paper" individual mas a idéia de grupos discutindo um tema de relevância para o desenvolvimento do Programa num esforço concentrado estava presente. Uma outra ligação pode ser feita com a concepção sociológica de mutirão como aparece nos textos sobre campesinato.

(25) Atendentes da unidade: Marluce Aparecida Janeiro e Marília Dorotéa Alves Rocha; médicos residentes: Anselmo

Iose, Ernesto Negri Neto, Francisco José Dias da Silva, Maria do Carmo Souza Rodrigues, Maria do Carmo; Paulo Roberto Pittol, Francisco Feu Nascimento; Preceptores: Angela Maria Castro Simões, Maria Angélica Mendes Peçanha; Cintia Avila de Carvalho; Camillo Nassar Chamoun; Hugo César Guangioli; Jader B. Cruz; Maria Iris Senna; Paulo Mendes Peçanha; Rosaura Bandeira Beato; Roberta Giovanotti Dorsh e Virgínia Maria Cypriano. É importante assinalar que estavam presentes todos os membros do programa na época e que o número de residentes previstos no PMGC estava completo.

(26) Isto pode ser observado através dos documentos sobre o Encontro de Médicos Residentes em MGC realizado em Petrópolis, em 1985, assim como em toda a documentação da SBMGC (Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária)

(27) Esta questão também pode ser observada através da documentação citada na nota anterior.

(28) Estes dois termos foram utilizados para caracterizar dois tipos de relação com a população da APM. "Paternalista" era utilizado no sentido de designar um tipo de relação que não possibilitava o desenvolvimento da consciência da população de modo que esta, ao invés de assumir os cuidados com a sua saúde, delegava ao médico o poder de resolução de seus problemas.

"Linguagem" diferente da população do PMGC implicava no reconhecimento das diferenças de classe existentes entre os dois

grupos e na necessidade de conhecimento desta população de forma a poder estabelecer uma estratégia de atuação mais eficaz.

(29) "População-alvo" foi um termo que surgiu no Encontro de Petrópolis realizado em 1985, já citado em nota anterior, e que foi utilizado em substituição ao termo "comunidade" quando do reconhecimento da não existência da comunidade no sentido de uma população concebida como homogênea e como tendo os mesmos objetivos.

(30) Apesar de não haver uma vinculação partidária do PMGC, seus membros, individualmente, eram filiados ou tinham ligações estreitas com partidos tais que PT, PC do B e PMDB. Entretanto, a não ser um residente que se candidatou a vereador nas últimas eleições de 1988, nunca soube da existência de utilização eleitoral partidária do Programa.

(31) O PMGC é definido como uma atividade de Extensão Permanente, que é um tipo de trabalho possível aos professores das Universidades Federais e que pressupõe a utilização dos conhecimentos produzidos por ela em benefício da população. Faz parte de uma estratégia de voltar a Universidade para "as necessidades da comunidade".

(32) Ao que parece o caso da Associação de Moradores da Comunidade Eucalipto não foge à caracterização geral traçada em um estudo realizado para o projeto Espírito Santo Século XXI para a

região de Vitória e Grande Vitória no sentido do momento e da forma como foi criada (ARAÚJO, M. A. et alii 1987: 77, 78).

(33) Estas unidades são as seguintes:

"Unidade I - A escolha profissional. A profissão.

Competências: 1. Analisar os determinantes da escolha profissional. 2. Estar atento às influências próprias do curso médico.

Unidade II - A Pessoa. Competências: 1. Valorizar a pessoa, a família, o campo social como um todo. 2. Conceituar corpo. 3. Valorizar identidade e vínculo.

Unidade III - Lugar social do médico. Competência: 1. Posicionar-se ideologicamente em relação às práticas de saúde. 2. Reconhecer seu lugar como estudante, como pessoa, como profissional. 3. Valorizar a elaboração de um projeto de vida" (Programa de Psicologia Médica para alunos do 1º período da Faculdade de Medicina - UFES - 1988).

(34) Ao que parece, o interesse da PMV, na época, pelo PMBC, deveu-se ao fato de que o governo do PMDB, que se encontrava na Prefeitura, tinha dificuldades com a população deste bairro devido ao seu alto grau de organização. A escolha de pessoal do PMBC foi uma estratégia utilizada para acalmar os ânimos, garantindo um apoio eleitoral. O PMBC sabia destas implicações, mas considerou que as instâncias que aparecessem deveriam ser ocupadas independente das questões que estivessem subjacentes. O mesmo raciocínio foi utilizado quando da indicação de um ex-residente

para a Secretaria de Saúde da PMV.

(35) Bairro localizado em uma área próxima ao Aeroporto de Vitória.

(36) Ver a este respeito o documento produzido pela Associação de Moradores do Bairro Maria Ortiz.

(37) A criação desta coordenação consolidou a posição do Serviço Social dentro do PMGC. Esta questão será analisada no capítulo final desta dissertação.

(38) Os critérios de seleção de candidatos aos cursos de Residência Médica não contemplam, segundo os membros do Programa, as necessidades do PMGC. Ou seja, o maior peso é atribuído a uma prova de conhecimento teórico de medicina e as entrevistas não chegam a ter peso classificatório, a não ser nos casos de empate. Esta questão foi utilizada como justificativa para o alto índice de desistência e de desmotivação dos residentes nos últimos anos de funcionamento do PMGC.

(39) O reconhecimento desta especialidade pelo Conselho Federal de Medicina data de 11 de outubro de 1986, e foi publicada no Diário Oficial em 22 de outubro de 1986 através da seguinte resolução:

"Resolução CFM nº 1.232/86 - O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,

no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei 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 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-CZ#421,60)". Ver para resolução 07/81 o Anexo II

(40) Refiro-me aqui à Reforma Sanitária, proposta que surge na década de 70 e que toma força quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e viabiliza a implantação do SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde) que institui o Distrito Sanitário considerado, por excelência, o lugar do médico comunitário pelas pessoas ligadas à MGC. O SUDS é considerado um meio caminho para o SUS (Sistema Único de Saúde) que consta da Nova Constituição e que foi implantado em 1987

ANEXO I

QUESTIONÁRIO A
 UFES - Centro Bio-Médico (Em convênio com a PAPPE)
 LEVANTAMENTO SANITARIO E SOCIO-ECONOMICO DE MARUÍPE
 1 - DADOS SOBRE A FAMÍLIA E O DOMICÍLIO

1 - Nome do Chefe da Família _____

2 - Rua _____ nº _____ Quadra nº _____

3 - Natureza da habitação:

Casa ___ Apartamento ___ Mocambo ___ Quarto ___ Outra _____

4 - Espécie do Grupo Familiar:

Domicílio particular	Unifamiliar	___	Domicílio coletivo	___	
	Convivente	___			
	(a ou a fam.)				

5 - Quantas pessoas ganham na família? _____

6 - Renda média mensal ganham na família? _____

Até 1 salário mínimo ___ De + de 3 a 4 ___

De + de 1 a 2 ___ De + de 4 a 5 ___

De + de 2 a 3 ___ Mais de 5 ___

7 - Tem cobertura Previdenciária? Sim ___ Não ___

INPS ___ IPASE ___

FUNRURAL ___ OUTRAS ___

8 - Quanto gasta, aproximadamente, por mês, com:

Alimentação _____ Vestuário e calçados _____

Habitação _____ Outras despesas _____

9 - Na alimentação, durante a última semana, consumiram os seguintes gêneros:

Quantas vezes por semana?

Quantas vezes por semana?

Leite? _____

Legumes? _____

Ovos? _____

Frutas? _____

Carne? _____

Manteiga? _____

- 10 - Há horta na casa? _____ Há árvore frutífera? _____
- 11 - Habitação própria, alugada ou cedida? _____
- 12 - Total de cômodos _____ Nº de cômodos servindo de dormitório? _____
Nº de camas _____
- 13 - Tem água encanada? _____ Em caso negativo, como se a_
bastece? _____
- 14 - Tem instalação sanitária _____ Com rede de esgoto _____
Com fossa higiênica? _____ ou fossa seca? _____
- 15 - Há coleta de lixo? _____ Em caso negativo, qual o seu
destino? _____
- 16 - Tem instalação elétrica? _____ 17 - Tem geladeira? _____
- 18 - Tem rádio? _____ TV? _____ Em caso afirmativo, quais
os programas mais ouvidos? _____

- 19 - Costumam ler jornais? _____ Quais? _____

- 20 - Costumam ler revistas? _____ Quais ? _____
- 21 - Quais os livros mais lidos: didáticos? _____ ficção? _____
religiosos? _____ Outros? _____ Quais? _____
- 22 - Há cachorros na casa? _____ Quantos? _____ Há gastos _____
- 23 - Observações sobre o entrevistado e sua casa: _____

QUESTIONÁRIO B
MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA
QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

QUADRA Nº: _____ CASA Nº: _____
RUA: _____

I - IDENTIFICAÇÃO

1. - Nome do chefe da família

2. - Número de membros da família ____

2.1 - Maiores de 18 anos ____

Filhos de 0 a 02 anos ____

de 03 a 05 anos ____

de 06 a 08 anos ____

de 09 a 11 anos ____

de 12 a 14 anos ____

de 15 a 17 anos ____

3. - Outras pessoas na família

3.1 - Crianças ____

3.2 - Adultos ____

3.3 - Idosas ____

II - CONDIÇÕES DE VIDA

1. - Habitação

1.1 - Tipo de construção - madeira ____

tijolo ____

mista ____

1.2 - Condições de moradia

2. - Saneamento

2.1 - Usa filtro ____

2.2 - Rede de esgoto ____

Em caso negativo, qual o destino dos dejetos?

____ fossa higiênica ___ céu aberto ___ vala aberta

2.3 - Qual o destino do lixo: ___ coletado ___ queimado
 ___ enterrado ___ céu aberto.

3. - Situação sócio-econômica

3.1 - Renda familiar:

___ até 1 salário mínimo

___ 2 a 3 salários mínimos

___ 3 a 4 salários mínimos

___ acima de 5 salários mínimos

3.2 - Número de pessoas que ganham na família ____

3.3 - Quantos têm carteira assinada ____

3.4 - Quantos pagam Previdência como autônomos ____

3.5 - Local de trabalho (nome da empresa e bairro):

3.6 - As pessoas vão ao trabalho

___ a pé ___ de ônibus ___ outros

3.7 - Número de pessoas desempregadas na família ____

3.8 - Há quanto tempo estão desempregadas? -----

III. SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. - Assistência a gestante

1.1 - Há gestantes na família ____

1.2 - Número de gestantes ____

1.3 - Idade gestacional ____ meses

2 - Assistência a criança

2.1 - As crianças tem cartão de vacinação? ____

2.2 - As crianças são vacinadas regularmente? ____

2.3 - Onde são vacinadas? ____ Centro de Saúde de Maruípe
____ HUCAM ____ Outros

2.4 - As crianças são matriculadas na Pediatria-Hucam ____

3 - Assistência Odontológica

3.1 - A família costuma ir ao dentista ____ rotineiramente
____ em casos de emergência.

3.2 - Em que instituição? : ____ público ____ particular

IV- LAZER

1. Como a família se distrai:

____ passeios em família ____ TV ____ rádio

____ leitura ____ praia e/ou futebol ____ cinema

____ Outros

1.2 - Programas preferidos pela família : _____

V - RELAÇÃO COM O PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITÁRIA

1 - Você conhece a Unidade Comunitária? ____

2 - Já ouviu falar do Programa de Medicina Comunitária
que está sendo desenvolvido no bairro?
Em caso afirmativo, o que ouviu falar? _____

3. - Frequenta as reuniões comunitária aos sábados? ____

VI - RELIGIÃO

1. Praticam alguma religião? ____
Qual? _____

VII - ESCOLARIDADE

1.1 - Crianças (7 a 14 anos) estudam? ____

1.2 - Onde: ____ no bairro ____ fora

1.3 - Quantos não estudam ____

ENTREVISTADOR

____/____/____
DATA

QUESTIONÁRIO C

MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

DADOS SOBRE A POPULAÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA DE MARUÍPE

I IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do chefe da família: _____
2. Quadra nº _____ 3. casa nº _____
4. Endereço completo : _____
5. Ponto de referência: _____

QUESTIONÁRIO Nº 01

Nome do Pesquisador: _____

Data _____

II - DADOS SOBRE A UNIDADE DOMÉSTICA

IND	parentis	Fai	Escol	Esta	com	Quant	MO	IR	Pro
de	tescole	xa	lari	Trabal	car	meses	TI	le	fis
pes_	x	leta	idade	lhan	assi	deixou	VO	In	são
soas	lo	iria	do	nada	trabal	da			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

III - CONDIÇÕES DE MORADIA

3.1 Tipo de Construção

1. _____ madeira

2. _____ tijolo

3. _____ outro tipo Qual? _____

3.9 Medidas com relação à utilização da
água (beber).

IV - SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA

4.1 Assistência à criança

4.1.1 Tem cartão de vacinação? 1 ___ 2 ___

4.1.2 São vacinadas regularmente? 1 ___ 2 ___

4.1.3 Local de vacinação

1. ___ Centro de Saúde de Maruípe

2. ___ HUCAM

3. ___ Outros- Onde? _____

4.1.4 São matriculadas na pediatria-HUCAM 1 ___ 2 ___
Porque? _____

4.2 Assistência médica em geral

4.2.1 Procura o médico

1. ___ Casos de emergência

2. ___ rotineiramente

Porque? _____

4.2.2 Procura o Serviço de Medicina Comunitária

1. --- Casos de emergência

2. --- rotineiramente

3. --- não procura

Porque? -----

4.3 Assistência Odontológica

4.3.1 Costuma ir ao dentista

1. --- casos de emergência

2. --- rotineiramente

Porque? -----

4.3.2 A qual Serviço odontológico recorre?

1. --- público

2. --- particular

Porque? -----

V - RELAÇÃO COM O PROGRAMA DA MEDICINA COMUNITÁRIA

5.1 Você conhece a Unidade Comunitária? 1 --- 2 ---

5.2 Já ouviu falar no Programa de Medicina Comunitária
que está sendo desenvolvido na Comunidade?

1 --- 2 ---

5.3 Frequenta reuniões

1. --- bairros

2. --- grupos operativos

3. --- comunidade

VI - OPINIÃO DA FAMÍLIA SOBRE O PRINCIPAIS PROBLEMAS DO BAIRRO:

RECEBIMOS DE
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
O VALOR DE R\$ 100,00

UNICAMP
UNIVERSIDADE DE CAMPO
CAMPUS
Estrada do Trabalhador, 100 - 13081-970 - Campinas, SP

- 01 -

1. Nº

QUESTIONÁRIO D
MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA
CENSO - 88

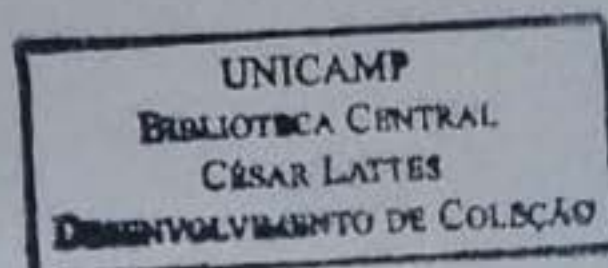
2. ENDEREÇO

3. CASA: QUARTEIRÃO

5. FAMÍLIA

NOME DO PESQUISADOR:

DATA:



1 - DADOS SOBRE A UNIDADE DOMÉSTICA

16. NÚMERO DE PESSOAS	01	02	03	04	05	06	07
18. PARENTESCO							
110. DATA DE NASCIMENTO							
111. SEXO							
112. ESCOLARIDADE							
113. TRABALHA							
114. CARTEIRA							
115. MOTIVO							
116. RENDA							
117. PROFISSÃO							

1 - DADOS SOBRE A UNIDADE DOMÉSTICA

18. NÚMERO DE PESSOAS	08	09	10	11	12	13	14
19. PARENTESCO							
110. DATA DE NASCIMENTO							
111. SEXO							
112. ESCOLARIDADE							
113. TRABALHA							
114. CARTEIRA							
115. MOTIVO							
116. RENDA							
117. PROFISSÃO							

II - CONDIÇÕES DE MORADIA

- 19 - NUMERO DE CÔMODOS:
- 20 - TIPO DE CONTRATO
- 21 - TEMPO DE MORADIA
- 22 - DESTINO DOS DEJETOS
- 23 - DESTINO DO LIXO
- 24 - FREQUÊNCIA
- 25 - UTILIZAÇÃO ÁGUA (BEBER)

III - SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA

- 26 - CARTÃO DE VACINAÇÃO
- 27 - VACINAÇÃO REGULAR
- 28 - MATRÍCULA PEDIATRIA HUCAM
- 29 - PROCURA MGC
- 30 - CONHECE UNIDADE
- 31 - CONHECE PMGC
- 32 - FREQUENTA REUNIÕES
- 33 - QUARTEIRÕES
- 34 - GO
- 35 - COMUNIDADE

ANEXO II

RESOLUÇÃO Nº 07/81

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 1º Incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas referidas no art 1º da Resolução CNRM nº 01/81.

§ 1º Fica revogado o art 9º da Resolução nº00 de 15/10/79.

§ 2º Fica revogado o parágrafo único do art. 2º da Resolução nº 00, de 15/10/79.

Art. 2º Os programas de Medicina Geral Comunitária terão a duração de dois anos, com carga horária anual mínima de 2.800 horas.

Art. 3º O programa de Medicina Geral Comunitária deverá ser organizado, de forma a ter cerca de 80/90% de sua carga horária em atividades de treinamento em serviço sob supervisão, destinando-se o restante de carga horária a atividades didáticas complementares.

Art. 4º As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas através dos seguintes meios e formas:

a) atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer - um mínimo de 15% de carga horária total;

b) atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e urbanas, centros de saúde ou unidades mistas de saúde - um mínimo de 40% de carga horária total;

c) atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades - um mínimo de 10% de carga horária total.

Parágrafo único. As atividades a que se referem os itens acima incluem, de forma prioritária, o cuidado médico individual e coletivo.

Art. 5º O médico geral comunitário, formado nos programas de Residência Médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infecto-contagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção específica das deficiências nutricionais.

§ 1º As atividades de assistência médica, compreendidas como cuidados básicos de saúde, incluem:

- a) prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes níveis de riscos;
- b) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;
- c) assistir ao parto;
- d) assistir ao puerpério;
- e) fornecer cuidados ao recém-nascido normal e executar práticas de reanimação;
- f) atender e acompanhar a evolução de uma criança normal;
- g) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na idade adulta;
- h) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na idade adulta;
- i) reconhecer e fornecer os primeiros cuidados a afecções graves na adolescência;
- j) examinar e contatar anormalidades em abnegrafias, raio-x simples, bem como em exames laboratoriais relacionados com complexidade de sua atividade clínica;
- l) lidar com distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhamento corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem.
- m) diagnosticar patologia cirúrgica frequente e indicar corretamente a execução de internação cirúrgica;
- n) executar pequena cirurgia,
- o) encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- p) orientar o pré e pós-operatório das intervenções mais simples;
- q) diagnosticar e tratar os problemas referentes à saúde ocupacional, referindo-se às condições de trabalho e à legislação sobre acidentes e sugerindo, quando necessário, programas para manutenção de saúde do trabalhador.

§ 22 As atividades de administração e planejamento incluem:

- a) apoio à chefia da unidade em questão de gerência;
- b) programação quantificada das atividades da unidade e criação de

parâmetros para medir atingimento de metas propostas;

c) montagem e operação do sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade visando a avaliação da unidade quanto a eficácia, eficiência e efetividade.

d) orientação da organização e funcionamento de um arquivo médico da unidade;

e) realização de investigações operacionais como estudos de demanda, estudos de setores específicos da unidade etc. visando a melhoria no funcionamento do mesmo e sua adequação às necessidades da unidade.

f) orientação dos programas de treinamento de pessoal de vários níveis, de acordo com as necessidades da unidade.

§ 3º As atividades na área de epidemiologia, incluem:

a) implementação, controle e avaliação do Programa de Imunização do Posto, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;

b) orientação das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade conforme normas específicas da Instituição;

c) direção das operações acima referidas realizando notificação de doenças, inquéritos e estudos especiais, notificação de laboratórios públicos e particulares; atestados de óbitos; notificações de outras instituições de saúde, escolas, indústrias, hospitais, investigação de epidemia anteriores, cálculo de incidência e distribuição de morbidade, mortalidade e letalidade, determinação da situação epidêmica, recomendação e implementação de soluções.

Art 6º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogados as disposições em contrário.

Brasília 12 junho de 1981.

Tarcísio Guido Della Senta-

Secretário do Ensino Superior-

Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica.

(Publicada no D.O.U de 17/06/81 - Seção 1, página 11436).

O SERVIÇO SOCIAL DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

A Versão das Assistentes Sociais.

"... o que importa é ver qual é o
passo que a comunidade deve dar
em frente para ver melhor e mais
claramente possível..."(1).

Introdução

Este capítulo será redigido sob a forma de relatório tal como é feito pelas estagiárias de Serviço Social quando do término de seu período de estágio. Estes relatórios constam de três partes: **Introdução**, onde apresentam os objetivos do estágio que desenvolveram e situam a MGC e sua área de atração; b) **Diário de Campo**, ou seja, o relato do que foi observado durante o período de estágio; c) **Avaliação**, onde interpretam o que viram e sugerem medidas para a solução dos problemas detectados.

No caso deste capítulo, entretanto, algumas considerações devem ser feitas. Em primeiro lugar, em sua Introdução, não serão incluídas as informações sobre a Área Programática de Maruípe e sobre a Medicina Geral Comunitária pois que já foram apresentadas detalhadamente na Versão Oficial.

Em segundo lugar, o Diário de Campo aqui apresentado consiste em uma seleção de trechos, por mim considerados como significativos, dos relatórios apresentados entre 1984 e 1988, pelas seguintes estagiárias: Luiza C. Nunes, Rosa M. Côvre, Sanilda, Andréa P. Pratti, Déa G. Campos, Maria Inês Comatti, Rosângela M. Gomes, Sônia M. Veríssimo, Cláudia R. Uggeri Dezan, sob a orientação das assistentes sociais Roberta Giovanotti e Angela Campos Silva. Esta é a razão que me levou a colocar entre aspas este capítulo.

Esta relação de trechos compondo um único relatório se

justifica por duas razões. A primeira está relacionada ao fato de que estes relatórios são minuciosos e repetitivos, de forma que seria praticamente impossível a sua leitura sob a forma de um capítulo. A segunda, está relacionada ao fato de se concebê-lo, assim como às outras versões, como um bricolage (Lévis Strauss, C., 1970). Este aspecto será, entretanto, discutido no capítulo final desta dissertação.

Finalmente, é preciso dizer ainda que as reuniões citadas neste capítulo não foram uma constante nos quatro anos de funcionamento do PMGC, pois a sua existência dependia do interesse dos residentes que lá estavam e da participação da população.

Feitas estas ressalvas, cabe dizer que a importância deste capítulo está no fato de que ele não apenas informa sobre os dados e análises das assistentes sociais - que são transmitidos aos médicos e embasam suas concepções -, como nos contam, de outra maneira, o que é o PMGC.

Desta forma, acredito que estes relatos complementam a descrição do PMGC já apresentada na versão dos médicos, principalmente, nos permitem vislumbrar a população, aqui também denominada Comunidade, à qual médicos e assistentes sociais se referem.

"Este relatório tem por objetivo descrever os propósitos e as ações desenvolvidas pelas estagiárias de SS (2) junto à Comunidade Eucalipto e na Unidade Thomas Tomazzi apresentando

alguns projetos que foram elaborados e executados.

Este estágio está incluído no Programa de Medicina Geral Comunitária devido à existência de contatos formais entre o PMGC e o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo e pretende enfatizar a formação profissional com base na própria realidade social. Como este é, também, o objetivo do PMGC, que por sua natureza requer uma ação integrada e organizada junto à comunidade, a presença do SS é plenamente justificada.

O trabalho das estagiárias de SS é iniciado com uma divisão da área de atuação do PMGC que atribui a cada uma das quatro estagiárias um dos quarteirões (área de responsabilidade das Equipes Primárias de Saúde) da sub-área III da APM. As estagiárias de SS são inseridas nestas equipes que são multidisciplinares e compostas por preceptores, médicos residentes e funcionários administrativos da Unidade de Saúde.

Em termos de recursos humanos a Unidade Thomas Tomazzi conta com um quadro técnico de preceptores que supervisiona e orienta 8 residentes, 4 estagiárias de SS, 1 enfermeira, 1 faxineira, 1 auxiliar de enfermagem e 2 atendentes (3). Estes profissionais integram as Equipes Primárias de Saúde que atuam na Comunidade Eucalipto de forma a sensibilizar a população para os cuidados de saúde.

A primeira observação que pode ser feita sobre esta comunidade onde atua o PMGC é que logo da implantação do Programa, não existia água encanada e luz elétrica. Havia algumas valas

abertas, acúmulo de lixo e não havia rede de esgotos nem calçamento nas ruas. Apenas algumas áreas mais centrais do bairro dispunham de saneamento básico e podia-se notar que situação mais precária estava presente nos locais onde estavam as pessoas com menor poder aquisitivo.

Entre 1983 e 1987, entretanto, a situação do bairro sofreu uma sensível melhoria - devido à sua posição central - e foram instalados os serviços de coleta de lixo, luz elétrica e água encanada. Apesar de podermos observar, também, uma melhoria do nível sócio-econômico da população, este bairro reflete a estrutura econômica existente no interior da sociedade capitalista.

A comunidade Eucalipto é bem servida por transporte coletivos e por serviços médicos. Este bairro possui uma Associação de Moradores que tem como presidente D. I. (4), que toma parte ativa em todas as reuniões e decisões da comunidade. Todas as decisões e atividades dos departamentos social e de esportes da entidade são levados ao seu conhecimento e avaliados pela diretoria.

São objetivos deste estágio alcançar os seguintes objetivos:

- Conhecimento da realidade da comunidade.
- Desenvolvimento de um processo sócio-educativo junto à comunidade visando oferecer condições para que a mesma analise criticamente sua realidade, definindo-a e apresentando alternativas de solução para as suas prioridades.
- Correlacionamento de seus problemas e necessidades com uma

problemática maior da sociedade.

- Despertar na comunidade o interesse pela formação de agentes multiplicadores de atividades de saúde.

- Reuniões com lideranças comunitárias.

- Formação de grupos na comunidade de acordo com a demanda da mesma.

Estes objetivos devem ser atingidos através de um processo de conhecimento ação-reflexão (4), pois somente através destes elementos poderemos chegar a uma visão crítica da realidade vivenciada pela comunidade dentro de um processo geral da sociedade na qual estamos inseridas.

A forma para atingir estes objetivos são os trabalhos com grupos, criados com a finalidade de integrar o indivíduo - por meio de esforço próprio e ajudado pelo facilitador - de forma que este possa partir para uma possível solução de seus problemas. E as visitas domiciliares que têm por objetivo facilitar a integração Comunidade - Unidade, fazendo com que funcionem de maneira mais harmoniosa, facilitando a inter-relação moradores-equipe técnica. O objetivo principal deste trabalho é fazer com que o indivíduo reflita sobre a sua problemática, aprendendo a pensar.

Os projetos e atividades desenvolvidos pelo SS são os seguintes:

- 1- **Grupos Operativos:** que é um grupo de aprendizagem pela emoção, informação e formação dos membros participantes. Esta aprendizagem implica no entendimento da problemática vivida por

seus membros em um contexto sócio-econômico-cultural específico e no desenvolvimento da consciência da influência deste ambiente no processo de vida do grupo. De posse desta consciência as pessoas serão capazes de promover uma mudança efetiva de sujeito passivo para sujeito ativo.

No grupo operativo deve haver um coordenador que tem que ficar atento, tentando perceber o que está, no latente, dificultando o processo manifesto (6). O observador tem a função de observar o que está sendo viabilizado e o que não está, procurando auxiliar o coordenador com observações oportunas. Em um grupo operativo todas as pessoas devem ter papéis e funções definidas (7).

Dentro do Programa de Medicina Geral Comunitária atuamos junto a quatro grupos operativos. São eles (8):

a- **Grupo Operativo de Crianças** - O trabalho com crianças se dá a nível de recreação e desenvolvimento de sua capacidade físico-mental.

b- **Grupo Operativo de Hipertensos** - Este grupo tem como objetivo o esclarecimento sobre o controle e a prevenção desta doença. Prevê que a pessoa, após esclarecimento, comece a trocar experiências e informações com a finalidade de ajuda mútua para controle da doença. O médico residente controla a pressão arterial e educa as pessoas sobre esta doença (9).

c- **Grupo Operativo de Gestantes** - Tem por finalidade conscientizar as gestantes sobre tudo o que diz respeito ao parto, esclarecendo dúvidas e explicitando algum problema que possa

surgir pelo não acompanhamento médico. Trabalha-se, também, com as emoções e os sentimentos vividos pelas gestantes durante o período de gravidez.

d- Grupo Operativo de Mulheres - Este grupo visa promover um melhor relação entre as mulheres do bairro, com a finalidade de obter troca de experiências em relação ao seu cotidiano, e analisar questões relacionadas à "questão da mulher" e suas lutas nos processos reivindicativos do próprio bairro (10).

Além destes grupos operativos as estagiárias de SS participam das seguintes reuniões:

a- Reuniões de Quarteirão - Estas reuniões são convocadas pelos residentes e pelas estagiárias de SS, quinzenalmente, para propiciar a discussão de problemas individuais e coletivos e para articular as reivindicações do grupo.

b- Reunião de Ação Comunitária (11) - São reuniões semanais que contam com a participação das estagiárias de SS e dos residentes e que são coordenadas pela AS do Programa. Nestas reuniões são discutidas as estratégias de atuação na comunidade e a sua reformulação em caso de necessidade.

c- Reuniões de Saúde Mental (12) - São reuniões coordenadas pelos preceptores de Saúde Mental e contam com a participação dos residentes e das estagiárias de SS. Nelas são discutidos os casos que aparecem em ambulatório ou que foram trazidos pelos moradores e que necessitam de uma abordagem da Saúde Mental. São, também, trabalhadas as resistências dos residentes em relação ao acompanhamento destes casos.

Além de participarem deste grupos, as estagiárias de SS prestam uma assessoria à Associação de Moradores (13) de forma a viabilizar o relacionameto entre Comunidade e PMGC. Para isto participam, ativamente, das reuniões de diretoria da Associação de Moradores e do Departamento Social e de Esportes de maneira a promover atividades contínuas que propiciem a integração da comunidade e a integração dos jovens às reinvidicações do bairro.

Após estes esclarecimentos sobre a atividades desempenhadas pelas estagiárias de SS no PMGC passo agora ao relato de minhas observações que foram transcritas em um diário de campo que devemos começar a escrever desde o primeiro dia de estágio.

DIÁRIO DE CAMPO

01 - Visita à APM

Nesta minha primeira visita à APM, o residente mostrou-me, primeiramente de carro, as quadras que ficariam sob a minha responsabilidade. Apesar de não ter tido tempo de visitar toda a área pude observar vários elementos relevantes para a compreensão da problemática local e da sociedade como um todo (14).

Logo que começamos a caminhar pelas ruas do bairro encontramos muitas crianças nas rua e muitos homens bebendo nos bares. Eles me pareceram alcóolatras, pois sei que não é comum encontrarmos homens nos bares neste horário. O número de crianças nas ruas também denuncia algum tipo de carência, por exemplo, de

escolas.

Outro tipo de constatação que pode ser feita é sobre as construções. Há uma grande variedade: casas de alvenaria de um lado da rua e, em frente, casas quase caindo aos pedaços. Existe muito lixo e alguns barracos parecem estar escorados por ele (15). Existem, também, muitos becos neste bairro e são chamados de "Servidão" (16).

Há, também, um grande número de igrejas, pois num pequeno espaço de tempo encontramos quatro, sendo uma católica e as outras protestantes (17). Encontramos também uma creche- Pedro Feu Rosa - que é mantida pela PMV. A orientadora nos informou que atende crianças em horário integral numa média de sessenta por dia. O espaço físico é mínimo e a PMV contribui de forma precária com alimentação e parte do material didático.

Continuando a nossa caminhada pelo bairro passamos por uma rua onde tem um prostíbulo. Já houve uma proposta de desenvolver um trabalho de higiene junto às prostitutas mas não deu certo. Pensamos em desenvolver um trabalho junto aos moradores que ficam em sua vizinhança (18).

Em seguida, fomos visitar o Lar das Meninas onde uma residente desenvolve um trabalho médico-social (19). Este lar funciona em regime de semi-internato em convênio com o IESBEM. Ele atende crianças com núcleo familiar carente. Algumas delas vão para casa nos finais de semana.

No caminho encontramos um rapaz que precisava de assistência para o irmão. No trajeto para a sua casa A. foi nos contando que

seu irmão J. era uma pessoa normal, trabalhava, se divertia, etc., mas que há três anos vinha se comportando de maneira diferente, falando sozinho, não saindo de casa, ficando sempre deitado e se recusando a comer. Contou-nos que tinha levado ao médico pensando que a mudança de comportamento era devido ao uso de droga (maconha).

Segundo A., o médico disse - após vários exames - que a causa de tudo era a maconha e passou uma série de medicamentos que J. se recusou a tomar. Esclareceu que sua mãe não morava com eles e informou o local de sua residência. O residente informou-o, então, que não morava dentro da área de atuação do Programa e que não poderia ser atendido. Mas que outro dia daria uma "passadinha" para vê-lo (20).

Seguimos, então, para outro endereço a fim de fazer uma verificação para abertura de nova ficha de inscrição (21). Fomos recebidos por uma garota, aparentando uns doze anos, e um garoto aparentando uns seis. Perguntamos se a mãe estava em casa e nos disseram que havia saído com a irmã mais velha. Ela nos convidou para entrar e o residente perguntou se ela tinha pai. Foi informado que sim e que ele trabalhava no Posto Atlantic. O residente disse que iríamos nos retirar e que voltaríamos outro dia com mais calma pois estávamos apenas verificando o endereço. Quando saímos o residente me perguntou se eu havia sentido o cheiro de mfo que havia na casa (22).

Em seguida fomos à casa de D.MC, e o residente mediu sua pressão. Tomamos café. Já faz um certo tempo que ela não vai ao

ambulatório da Unidade. Ficamos conversando mais ou menos uns trinta minutos e em seguida nos dirigimos à casa do Sr. Z. Sua esposa queixou-se da não realização das Reuniões de Quarteirão (23) dizendo que - mesmo não conseguindo atingir seus objetivos - estas reuniões serviam para as pessoas "conhecerem os vizinhos e aprenderem com os médicos".

Resolvemos, então, começar a aplicar o questionário que tem por objetivo coletar dados para esclarecer o não comparecimento dos moradores a estas reuniões e fornecer pistas para que possamos traçar uma estratégia de resgate das mesmas(24).

O questionário é constituído de cinco perguntas: 1) Você conhece a Unidade de MBC? 2) Você já foi visitá-la? 3) Você sabe para quê ela existe? 4) Você sabe quem é o "dono" dela? 5) Você conhece alguma pessoa que trabalhe lá?

Visitamos dez casas neste dia. Todas as famílias que entrevistamos disseram que conheciam a Unidade, apenas nunca tinham ido lá. Sete disseram que ela existe para consultas médicas, uma disse que não sabia e uma que servia para estágio dos residentes. Apenas uma disse que servia para atendimento da parte médica e social. Sete pessoas disseram que não sabiam quem era o "dono" da Unidade, uma disse que era da comunidade e duas do Estado. Duas pessoas não conheciam ninguém que trabalhasse lá mas as outras conheciam a faxineira - que mora na área - ou as recepcionistas ou um dos residentes. Passamos ainda pela casa de alguns moradores e depois fomos embora (25).

02-Reunião Geral

Esta reunião começou com a chegada de um dos candidatos à Prefeitura de Vitória (26), convidado pelos médicos da Unidade para conhecer de perto o Programa e suas dependências, além de apresentar a sua proposta de saúde a nível municipal. Com esta visita foi levantada a questão da precariedade do setor de saúde no Estado (27) e o candidato disse que a saúde deveria ser municipalizada tendo em vista a prevenção.

Disse ainda que a estrutura de ambulatorios deveria ser reforçada e que a Prefeitura dispõe de Postos de Saúde em pontos estratégicos, mas não dispõe de médicos que tenham uma especialidade que corresponda às suas necessidades. O candidato finalizou a sua fala dizendo que as medidas a serem tomadas na área de saúde deveriam contar com o apoio das comunidades.

A seguir foram levantadas algumas questões que estavam sendo discutidas pelos moradores. A sala para os cursos de formação da população era de fácil solução (28). Bastaria fazer uma escala de utilização do espaço determinando os dias e horários disponíveis para a comunidade e para as reuniões de grupos operativos. Com isto, a Associação de Moradores não poderia mais alegar que os grupos operativos atrapalham o Movimento Comunitário.

Dra. R. aproveitou para informar que a técnica do SENAC estivera na Unidade verificando as instalações para a possível realização do curso de cabelereiro e dissera que o espaço não era adequado.

Foi dito, então, que o maior problema do Programa era o diálogo com a comunidade. Dr. C. concordou plenamente e acrescentou que estavam "cansados" de ouvir as mesmas reclamações. Mas que, como não havia um contato direto dos responsáveis do Programa com a comunidade, as questões não eram resolvidas (29)

Neste momento a discussão foi dirigida para as estagiárias de SS. Depois de muito insistirem para que eu falasse, afirmei que a nossa falta de participação verbal nas reuniões de segunda-feira (Reunião Geral) devia-se, não só à falta de oportunidade de falar como ao fato de que apenas os problemas internos do PMOC eram discutidos e não as questões da comunidade.

São discutidas apenas questões médicas, ou seja, o lado social tem pouca relevância. Afirmei, então, que a nossa ausência participação não poderia ser atribuída apenas a uma falta de conhecimento do Programa, mas ao pouco ou nenhum enfoque social dado às questões discutidas. "Como as coisas estão", disse, "não podemos participar, pois as estagiárias de SS não são médicos".

Depois desta minha colocação ficou acertado que seria trabalhado de forma mais efetiva o lado social, ou seja, o contato com a Comunidade através relações individuais ou de grupo. Há, porém, a necessidade de verificar se há ou não demanda, por parte da população, para este tipo de trabalho.

03- Reunião de Associação de Moradores

Esta reunião teve início com a apresentação das estagiárias

de SS aos moradores da APM. A AS do Programa esclareceu que o trabalho a ser desenvolvido pelas estagiárias, atendendo a reivindicações da Associação de Moradores, será a motivação dos jovens da comunidade que se encontram, no momento, afastados de qualquer atividade coletiva.

Combinamos que entraríamos em contato com os jovens para tomar conhecimento de seus interesses. Ficou claro pelas colocações das pessoas presentes que elas têm um certo ressentimento em relação a eles. Dizem que os jovens se interessam apenas por jogos e festas e não por esgotos e calçadas.

Fizemos algumas observações sobre a necessidade de reflexão sobre o problema e dissemos que os jovens se interessam por assuntos diferentes das pessoas mais velhas, mas que os objetivos, no caso a melhoria do bairro, eram objetivos comuns.

Um outro ponto colocado em discussão foi a proposta da PMV de remover três becos para a construção de um esgoto. Como os moradores deste local não estavam presentes à reunião, a AS sugeriu a necessidade de convocação e esclarecimento destas pessoas pois, caso contrário, a Associação de Moradores agiria sempre de uma forma paternalista em relação às pessoas que se mantêm em posição passiva.

Um rapaz que estava na reunião convidou a diretoria do Movimento Comunitário para um encontro com a CONAM (Confederação Nacional de Associação de Moradores), pois esta pretende reativar as reuniões que aconteceram durante o período das eleições (30). As pessoas presentes não concordaram com o fato da representação

do bairro de Maruípe, região na qual está localizada a Comunidade Eucalipto, se restringir a duas pessoas e, também, com o fato do CONAM estar ligada à PMV.

Segundo os moradores, os políticos reclamam que não têm dinheiro para fazer obras, mas aplicam o dinheiro em algumas que não têm nada a ver com as prioridades de infra-estrutura dos movimentos populares.

Pudemos perceber nesta reunião que todas as discussões ficaram centradas na Presidente da Associação de Moradores. Percebemos, ainda, vestígios de clareza na percepção que os moradores têm das coisas, como por exemplo em relação às obras realizadas pela PMV. Eles se dão conta do atrelamento da CONAM à PMV, mas pode-se observar que não querem uma mudança de estrutura social, mas sim ajustar-se ao sistema. Não têm grandes ambições políticas e fazem as coisas a nível de reparos e reivindicações. Talvez isto se deva ao fato de que a diretoria seja composta de uma maioria de pessoas idosas (31).

Através deste contato pudemos perceber o autoritarismo da Presidente da Associação de Moradores que é reforçada pela passividade de outros membros do grupo. Achamos necessário um trabalho de assessoramento que possibilite uma efetiva participação de todos no processo grupal.

04-Reunião do Grupo de Jovens (32)

A estagiária de SS apresentou-se no início da reunião e

pediu aos jovens presentes que fizessem o mesmo pois nem todos se conheciam. Informou que havia sido decidido nas reuniões anteriores que todos os assuntos seriam votados e como todos concordaram, passaram a discutir a diretoria do Grupo de Jovens.

E. propôs uma diretoria independente da Associação de Moradores do bairro porque não queria a intromissão da Associação no Grupo de Jovens. A estagiária de SS esclareceu, então, que, devido a estarem no mesmo bairro, não podiam ficar desvinculados da Associação de Moradores. Continuou dizendo que os seus objetivos e interesses podiam não coincidir, mas que quando o Grupo de Jovens quisesse reivindicar alguma coisa dependeria da Associação de Moradores, pois apenas uma entidade reconhecida frente aos órgãos públicos pode reivindicar.

Entrou, então, em discussão, a proposta de E. de definir a diretoria do grupo. Apesar de muitas pessoas se omitirem da discussão e da estagiária de SS dizer que não havia a necessidade de uma definição imediata, E. disse que todos tinham condições de votar.

Como as pessoas não discordaram ela se candidatou ao cargo de presidente do Grupo de Jovens, frisando que no futuro aspirava à presidência da Associação de Moradores. Após a eleição ela propôs que o nome do grupo fosse BRUNJE, Grupo Unido dos Jovens de Eucalipto, e que fossem feitas camisetas para identificá-lo e divulgá-lo. Propôs ainda a realização de uma gincana. Todos ficaram de trazer sugestões para a próxima reunião.

Pudemos perceber por esta reunião que a presidente tem o

poder de dominar as discussões não dando oportunidade real aos outros participantes de emitirem a sua opinião. Isto faz com que estas girem em torno de idéias e interesses da presidente e não do grupo.

05 - Reunião do Grupo de Jovens

Devido à desorganização das reuniões anteriores havíamos combinado que iríamos aplicar a técnica de "Role Playing" (33). Iniciamos, então, a reunião solicitando ao grupo que colaborasse em uma brincadeira. Explicamos que esta técnica serviria para que percebessem como está o grupo e solicitamos a colaboração de sete pessoas para a representação de papéis que determinaríamos e de sete para o papel de observador.

Foram distribuídos os seguintes papéis: o papagaio, o caladão, o palhaço, o coordenador, o autoritário, o colaborador e o maria-val-com-as-outras. Depois das explicações, o grupo encarregado de representar tentou desempenhar bem o papel, mas como não existia uma prática de grupo houve muito tumulto, tanto entre os que representavam quanto entre os que observavam. Todos queriam falar e o coordenador que queria colocar ordem na reunião não era ouvido. As discussões continuavam sem que se chegasse a conclusões.

Depois de encerrada a representação solicitamos aos observadores que relatassem suas impressões sobre o que havia ocorrido durante a representação. Eles identificaram, à sua

maneira, os papéis desempenhados dizendo que não havia existido a possibilidade de solução de problemas. Começamos, neste momento, a refletir com eles sobre questões de liderança, participação, respeito, cooperação. Aos poucos o grupo foi se reconhecendo na representação e algumas pessoas se identificaram com os papéis que foram desempenhados. Finalizaram a reunião dizendo que a brincadeira havia servido para que percebessem que o grupo tinha necessidade de melhorar, ser mais participante, ter mais responsabilidade.

Pudemos observar que, ao pedirmos a colaboração do grupo para a aplicação da técnica, houve grande interesse por parte de todos. O grupo de dentro, apesar das inibições naturais, desempenhou bem os papéis que lhe foram atribuídos. No grupo de observadores, quando algumas pessoas perceberam que teriam que dar a sua contribuição, tentaram transferir a responsabilidade para outros alegando que não saberiam falar e que teriam vergonha.

Explicamos às pessoas que não havia necessidade de fugir pois aquilo era apenas uma brincadeira. Pelo que foi dito pudemos perceber, claramente, que o grupo identificou os papéis desempenhados com os componentes do grupo chegando a denunciar as pessoas que falam ou brincam demais.

Quando foi discutida a questão da liderança e do autoritarismo, a presidente, em uma atitude de insegurança e de identificação com o papel, passou a conversar em voz baixa com outros representantes do grupo. Quando era solicitada respondia rapidamente sem se envolver nas questões discutidas.

06 - Reunião de Quarteirão (34)

Quando cheguei a esta reunião os residentes e muitos moradores já estavam presentes. Iniciamos a reunião perguntando se as pessoas sabiam o porquê de serem realizadas estas reuniões e todos ficaram quietos. Depois disseram que não sabiam.

Dra. S. falou que eu explicaria para eles. Perguntei para as pessoas se elas consideravam o serviço médico prestado pela Unidade diferente e se elas sabiam no quê. Disseram que não achavam que fosse diferente. Então eu expliquei que a Unidade funcionava não só para a prestação de serviço médico mas que pensava a saúde de modo integral através de grupos de gestantes, de idosos e que a saúde devia ser concebida a partir dos meios necessários para preservá-la.

Dra. S. disse que a Reunião de Quarteirão servia também para as pessoas discutirem os problemas do bairro e para desabafarem, colocando os seus problemas do dia-a-dia. D. G. disse que gostou muito da idéia e que gostaria de ter conhecido este grupo antes.

Começamos, então, a escutar as histórias sobre os problemas familiares das pessoas presentes à reunião. Em seguida as pessoas começaram a discutir algumas reivindicações que consideravam necessárias, como um telefone para a área. A reunião terminou depois de combinarmos uma outra data para a continuação das discussões.

07 - Reunião de Quarteirão

Quando cheguei para esta reunião encontrei o local vazio e às escuras. Fiquei esperando e quando já se aproximava das 19:50 horas, D.M. apareceu. Ficamos conversando e falando sobre o atraso do residente e sobre a demora dos outros moradores. Depois de algum tempo D.Z. acendeu a luz de sua casa e D. M. foi até lá perguntar o porquê de ninguém ter aparecido.

Voltou dizendo que o Dr. havia avisado que não viria e que deveríamos fazer a reunião sem ele. Perguntei se ela gostaria de chamar alguns moradores e ela respondeu que o Dr. estava com o abaixo-assinado e que ela achava que os moradores não viriam, pois "só apareciam quando o carro do Dr. chegava lá". Disse, depois desta desculpa, que poderíamos discutir os assuntos pendentes na próxima reunião.

08 - Reunião do Grupo Operativo de Hipertensos (35)

A reunião começou apenas com algumas pessoas presentes além de mim e do residente. Com a chegada de mais algumas pessoas, Dr. C. me apresentou como a nova estagiária de SS e comentou sobre a última, que tinha tido como tema a relação médico-paciente (36). As pessoas disseram que ela havia sido muito boa.

Em seguida, Dr. C. perguntou sobre o que as pessoas gostariam de discutir e como ninguém respondeu (as pessoas apenas se entreolharam), ele insistiu em saber se as pessoas preferiram

ouvir ou falar. D.D. respondeu que "preferia ouvir o doutor porque ele sabe mais" Dr. C. perguntou porque achava que ele sabia mais e ela respondeu que ele havia estudado.

D. MR entrevistou dizendo que não concordava pois considerava que ali todos sabiam um pouco, através da experiência de vida de cada um e que o "Dr. C. também tem que aprender com a gente". Em seguida Dr. C. perguntou a eles o que entendiam por auto-medicação e se gostariam de discutir este assunto na reunião.

As pessoas começaram a olhar em volta esperando alguém responder. Uma delas perguntou se era uma palestra. Dr. C. respondeu que não e explicou que a auto-medicação era quando uma pessoa, se sentindo doente, tomava remédio por conta própria, recorrendo, algumas vezes, a um farmacêutico. Disse que isto era muito perigoso pois poderia acontecer um efeito colateral do remédio.

D. MR disse que já tomou remédio por conta própria, mas que agora não toma mais. Que antigamente, quando não havia muitos médicos, as pessoas procuravam um farmacêutico, mas que agora, com a quantidade de médicos disponíveis não era mais necessário.

O Sr. Z. disse que em sua vendinha tem alguns remédios para dor de cabeça, mas acrescentou que as pessoas só devem tomar os remédios que o médico passa. Ressaltou ainda que existem bons farmacêuticos. Depois de vários exemplos sobre como faz mal tomar remédios sem receita médica, perguntamos se mais alguém tinha alguma coisa para dizer.

Como ninguém se manifestou Dr. C. mediu a pressão das pessoas

presentes e disse que estavam todos controlados. Falou ainda que estava montado um gráfico com o resultado das pressões medidas e pediu a todos que trouxessem o nome do remédio que estavam tomando na próxima reunião.

09 - Reunião de Grupo Operativo de Mulheres (37)

A reunião começou com a apresentação de D.Z. e da estagiária de SS. Em seguida o residente perguntou o que as pessoas presentes achavam destas reuniões. S. disse que estava ali porque o Dr. havia feito uma intimação para ela comparecer, porque havia recebido uma ordem para comparecer.

F. fez um gesto afirmativo e D. M. sorriu concordando com o que foi dito. S. continuou explicando que não podia deixar de comparecer pelo fato de Dr. P. haver passado na casa dela e por sua mãe ter achado muito importante a sua participação.

No momento em que D. M. sorriu, Dr. P. perguntou para ela o que achava da palavra ordem e ela explicou da seguinte forma: "O senhor passou lá em casa chamando e a gente não pôde deixar de vir". E mudou de assunto passando a relatar que sua neta caiu de um barranco próximo à sua casa. Contou que cuida da neta porque sua filha trabalha fora.

D.Z. continuou dizendo que preferia menina pois é muito mais fácil de criar. E que quando estava esperando o filho mais novo tinha vontade que fosse menina. Como foi um menino ela culpou o marido por ter ligado as trompas antes de ter tido uma filha.

Disse que o caçula sofre muito, pois ela o rejeitou desde o momento em que nasceu e que ela só lhe contou esta história quando ele já tinha nove anos.

Afirmou que o próprio médico, no momento em que a criança nasceu, comentou o fato dizendo: "que pena que não nasceu menina como a senhora queria". Disse que se sentiu muito mal e chocada com isto e que se negou a amamentar o filho. Deu de mamar a outros no hospital, mas não a ele. Que se fosse o mais velho (que ela também queria que fosse mulher) ele se magoaria.

A estagiária de SS colocou a possibilidade da criança já ter sentido a rejeição antes dela manifesta-la verbalmente e Dr. P. disse que existe a possibilidade da criança sentir as emoções da mãe antes de nascer. D.M. citou o caso de outro grupo do qual participa onde ficou sabendo de um menino que se tornou homossexual por causa disto.

D.Z. concordou e disse que já havia observado que o filho mais velho, devido a esta rejeição sentia-se motivado para brincar com brinquedos de meninas, mas que ela cortou isto no momento em que se manifestou. Dr. P. perguntou porque ela achava que só queria ter filhas e ela disse que era por ter tido apenas irmãs.

Contaram, em seguida, seus problemas com maridos ou que enfrentaram por não terem maridos e disseram que "os homens e os vizinhos acham que só pelo fato da gente não ser casada, a gente é mulher à toa". S. completou dizendo que não são só os homens que pensam assim e que as mulheres casadas traem seus maridos.

Dr. P. finalizou a reunião dizendo que elas têm muito em

comum e concordou com o fato de que não tem nada a ver a mulher ser casada ou não e ser taxada de mulher à toa, sendo marginalizada pela sociedade. Pediu mais uma vez que a questão do comparecimento fosse discutida na próxima reunião. S. disse que não era bem assim, que não era bem uma obrigação, o chamado para as reuniões.

10 - Reunião de Equipe (38)

Esta reunião teve início com um relato das discussões anteriores sobre os possíveis motivos que teriam levado à extinção do Grupo Operativo de Mulheres e das estratégias pensadas para reativá-lo. Dra. R. havia falado sobre a importância da mulher na política e no crescimento da comunidade (39) e eu perguntado sobre a possibilidade de inserir nas discussões assuntos que não fossem estritamente de ordem médica. Eu havia sugerido uma reflexão sobre o lado social destas pessoas e todos tinham gostado da proposta baseados na frase "A medicina é social". Fizemos um relato sobre a reunião que havíamos convocado.

À medida em que íamos lendo nosso relato, procurávamos ilustrar com detalhes que podem parecer insignificantes mas que, para nós são muito importantes, pois podem revelar as intenções ocultas das pessoas ou mesmo manifestar seus sentimentos e emoções. Durante esta reunião que realizamos procuramos observar o que foi dito mas também as expressões, um sorriso, um olhar.

Dr. P. falou sobre a nossa frustração pelo fato de não termos

alcançado o objetivo da reunião, qual seja, o de saber o motivo pelo qual os membros do grupo abandonaram as reuniões. Devido à dificuldade das pessoas em se expressarem, por mais que insistíssemos, não conseguimos saber.

Dra. V. perguntou sobre a possibilidade de perguntarmos diretamente: Porque vocês deixarem de vir às reuniões? e, o motivo que nos levou a não fazer isto. Declaramos que achávamos que a questão não deveria ser trabalhada desta forma, como cobrança, pois poderia aumentar ainda mais a inibição das mulheres. Consideramos que se elas forem cobradas diretamente poderão se sentir "ameaçadas" e que quando confiarem em nós nos revelarão os motivos.

Dra. R. considerou que esta reunião foi muito bem conduzida e que foi muito produtiva. Aconselhou-nos, entretanto a tentar buscar pontos mais concretos, principalmente os que dizem respeito aos direitos da mulher. Disse que devemos, também, procurar, no próprio discurso delas, a solução para os problemas apresentados.

11 - Reunião do Grupo de Gestantes (40)

A residente preencheu, inicialmente, as fichas das gestantes (dados pessoais) e logo em seguida distribuiu o folheto Gravidez, Parto e Pós-Parto (41). Disse que deveriam levá-lo para casa e lê-lo para a próxima reunião. Em seguida colocou que o objetivo do grupo é orientar, esclarecer dúvidas e deixá-las tranquilas para uma boa gravidez e um bom parto. Explicou ainda que faz visitas às

gestantes duas vezes antes do parto e uma depois.

Dra M. explicou que pretendia passar slides sobre aborto e parto mas que isto não era possível devido à greve no dia anterior. Comentou o fato de uma pessoa da comunidade ter morrido, há uns vinte dias, de um aborto provocado.

A estagiária de SS disse que o grupo é um espaço para as gestantes falarem de seus problemas pessoais e sobre assunto que as interessem e que elas não são obrigadas a falar se não quiserem. A enfermeira falou sobre a importância do aleitamento materno e do curativo no umbigo do bebê.

D. M. comentou que amamentou o filho até 11 meses e que depois ele não queria mais o leite. Dra. M. informou que quanto mais a criança mama mais a mãe terá leite. A enfermeira informou que até os seis meses a criança só precisa do leite materno, mas que existem mães que acham que a criança tem sede e dão água. Neste caso, a água deve ser fervida e dada em colherinha.

A enfermeira solicitou, a seguir, que as gestantes trouxessem para a próxima reunião uma banheira e um boneco pois iria explicar como se dá banho no bebê e como deve ser feito o curativo umbilical.

Dra. M. perguntou se elas tinham alguma dúvida e como disseram que não a reunião foi encerrada com o pedido da estagiária de SS para que anotassem as dúvidas que tivessem para a próxima reunião.

Nesta reunião pude perceber que a maioria das gestantes não têm domínio da verbalização. Isto contribui para que a reunião se

torne diretiva e com sentido puramente informativo.

12- Reunião de Equipe

A reunião teve início com a Dra. M. falando sobre o Grupo Operativo de Gestantes. Explicou como estavam os trabalhos e a estagiária de SS entrevistou dizendo que o grupo não participa, que por mais que se estimule as gestantes não apontam interesses ou dúvidas. Completou dizendo que havia a necessidade de aprender técnicas de grupo para resgatar a verbalização das gestantes.

S. explicou que tinha experiência com grupo de gestantes e que para quebrar o silêncio poderíamos usar a técnica de dramatização (42). Pedir, por exemplo, que demonstrem um parto.

A estagiária de SS relatou um caso que achou interessante, de uma gestante de 45 anos que tinha vergonha de estar grávida. A estagiária disse que já fizera uma visita à casa da gestante de 45 anos para trabalhar com ela a questão da vergonha da gravidez. Mas que não houvera resultado e que voltaria lá. S. disse que esta vergonha de estar grávida poderia estar relacionado ao fato desta gravidez poder ser considerada uma denúncia de que aos 45 anos ainda mantém relações sexuais. E que isto é camuflado, principalmente, nas classes mais carentes.

Dra. M. disse que as gestantes só vão à reunião porque ela insiste, faz visitas chamando-as e marca consultas antes das reuniões para reforçar o aviso. Disse que as gestantes alegam que só vão por causa da doutora. S. e a Dra. MI disseram que não

concordam com a interpretação da Dra. M.

Por fim foi discutido o trabalho no Lar das Meninas e Dr. A. disse que havia a necessidade de cadastramento das crianças de forma a pressionar a diretoria para a concretização do trabalho. Dra. MI disse que D. I. (responsável pelo Lar) está boicotando, consciente ou inconscientemente, o trabalho e não quer dividir o poder pois ela parece uma pessoa dominadora (43).

13- Reunião de Equipe

A reunião foi iniciada com um relato do que havia acontecido nas reuniões anteriores do Grupo Operativo de Mulheres e de Quarteirão. Havíamos constatado que, ao contrário de nossas expectativas, as pessoas haviam desaparecido das reuniões. E havíamos decidido nos manter afastados por um período de tempo para estudar qual atitude deveríamos tomar junto aos moradores.

Relatei, em seguida, meu encontro com a presidente da Associação de Moradores no qual ela pareceu satisfeita em me ver e disposta a marcar uma reunião com a Associação para programar a festa de Natal (44).

Deixei a cargo dela marcar uma reunião e me comunicar sobre a data e relatei, em seguida, as nossas visitas domiciliares. Encontrei N. que parecia interessada em que o Grupo Operativo de Mulheres recomeçasse a funcionar. Acrescentei que deixamos a cargo de N. contactar outras pessoas e marcar uma reunião.

O fato de N. perguntar sobre estas reuniões e se mostrar interessada e disposta a conversar nos deixou entusiasmados. Achamos que à partir do momento em que uma pessoa, por vontade própria, se interessa pela volta das reuniões será mais fácil o processo de retomada de atividades do grupo, e que nós nos tornaremos meros orientadores e não mais os seus condutores.

A nossa proposta é fazer com que o grupo volte a se reunir, por vontade própria, pois consideramos que desta forma ele será mais coeso e produtivo e seus membros terão uma ligação mais forte. Não queremos a volta das atividades à partir de um comando nosso, mas queremos que seja uma demanda deles.

14- Visita à Presidente da Associação de Moradores

Devido ao afastamento ocorrido entre o PMOC e a Associação de Moradores, tivemos que fazer uma visita a presidente da Associação. Chegamos à sua casa e nos apresentamos como as novas estagiárias de SS e dissemos que faríamos um trabalho junto a esta entidade participando de todas as suas reuniões. Explicamos que estávamos ali para conhecê-la e para marcarmos uma reunião (45).

A presidente disse que achava difícil os outros membros da diretoria aceitarem marcar uma reunião pois "se fosse só para conversar, sem mostrar nenhum resultado, eles não compareceriam". Dissemos a ela para tentar uma convocação para nos apresentar às outras pessoas e ela nos disse que tentaria. Disse ainda que não estavam mais se reunindo na Unidade de Saúde do PMOC e que estavam

esperando a resposta de um político sobre um local destinado a ser sede da Associação. Enquanto isso as reuniões estavam sendo realizadas na casa dos moradores.

Em seguida falou sobre o descrédito da comunidade em relação "ao pessoal da Unidade " que estava usando a comunidade para fins de estudo, sem a preocupação com sua situação. Disse que logo que o Programa foi implantado eles sentiram o interesse dos médicos pela comunidade, mas que agora não. Reclamou, também da Universidade que, segundo ela, destruiu um barraco que ela possuía e que servia de sede para a Associação (46).

Voltando a falar sobre o Programa atualmente, disse que as reivindicações conseguidas até agora foram "de fora" e que as pessoas que trabalham na Universidade parecem estar do lado da Universidade e não da comunidade. Reclamou ainda da falta de identificação da Unidade (uma placa com seu nome) (47), que vem sendo reivindicada há muito tempo e que ainda não foi instalada. Reclamou, também, que pediu umas salas da Unidade para um curso do SENAC, que beneficiaria a comunidade, e que esta lhe foi negada "com a desculpa de estar sendo ocupada pelos médicos".

Disse ainda que a comunidade conta com duas assistentes sociais da CEBs (Comunidades Eclesiais de Base) para ajudá-las nas reivindicações. Dissemos que não sabíamos disso, mas que gostaríamos de conhecê-las pois poderíamos trabalhar em conjunto. Despedimo-nos com a promessa de tentar marcar uma reunião para breve.

15- Reunião da Associação de Moradores

Chegamos à Unidade por volta das 19:30 horas e tivemos dificuldades para entrar pois não tínhamos a chave do portão que liga a Unidade à comunidade (48). Isto fez com que algumas pessoas desistissem da reunião. Depois que conseguimos abrir o portão mais pessoas chegaram.

Perguntamos se alguém tinha alguma coisa para falar e explicamos que estávamos ali para ouvir e discutir assuntos que fossem do interesse da comunidade. A seguir explicamos a ausência dos residentes, que estavam em um Congresso de Medicina (49) e os moradores comentaram que estavam se sentindo mais à vontade sem a presença de médicos pois esta os inibia.

D. L. falou sobre a distância que sentem em relação à Unidade e que está, segundo ela, além da questão do espaço físico. D. M. falou em rebaixar o muro que separa a Unidade da comunidade e D. L. disse que na realidade não é o muro o causador desta distância, mas sim o fato de que a relação Unidade X comunidade se dá de maneira vertical, de cima para baixo. Disse ainda que isto "tem que acabar", pois "aqui na comunidade as pessoas valem tanto quanto os médicos e muitos têm curso superior".

Falamos que isto não parte só dos médicos pois, às vezes, são os próprios membros da comunidade que delegam este saber e poder aos médicos. Falamos, também, que a proposta do Programa não parece estar muito clara para algumas pessoas, pois estas não entendem que o PMGC tem um objetivo mais amplo, que é o unir a

saúde ao social.

Reclamaram, ainda, da dificuldade que têm para realizar os cursos para a Comunidade, já que as salas da Unidade, destinadas à comunidade, estão sempre ocupadas pelos médicos. Retomando a questão do distanciamento entre Unidade e comunidade, a presidente da Associação de Moradores apontou como causa a renovação do pessoal da Unidade de dois em dois anos e a criação do Grupo de Jovens, onde a diretoria da Associação não foi consultada e depois aconteceu a "confusão da festa deles" que resultou no término do grupo (50).

Reclamou da falta de espaço para a comunidade: queriam uma sala exclusiva para suas reuniões e cursos. Reinvidicou a placa com a identificação da Unidade e reclamou da altura do muro. D. L. disse que "estão espremendo tanto a gente que estamos saindo" e questionou se a Unidade tinha "donos ou dono, pois todos mandam lá dentro" (51).

D. L. reclamou das reuniões de Quarteirão que são realizadas pelo PMGC porque "formam panelinhas", dividindo a comunidade (52). Explicamos que elas apenas têm o objetivo de reunir as pessoas e que ocorrem fora da Unidade porque algumas pessoas moram longe e preferem que aconteçam em suas casas.

Dissemos que informariamos o Programa sobre as suas reclamações e ficamos de marcar nova reunião assim que pudéssemos.

16- Reunião Geral

Nesta reunião (53) estavam presentes a presidente da Associação de Moradores e mais dois membros da diretoria. Foi dito pelo Dr. F. que o Programa tem interesse em desenvolver atividades que respondam às suas necessidades e às da comunidade. A presidente da Associação de Moradores aproveitou para dizer que eles não estavam satisfeitos com as reuniões de Quarteirão pois estas dividem a comunidade.

Uma das residentes propôs que representantes do Movimento Comunitário participassem das reuniões de Quarteirão pois assim os problemas discutidos seriam levados para a Associação de Moradores. Com esta vinculação, Movimento Comunitário e reuniões de Quarteirão seriam revitalizados.

A reunião foi muito participativa pois com a presença da comunidade foi muito mais fácil colocar as questões pertinentes (54). Senti que a presença da AS tornou mais fácil dar diretividade à reunião pois ela tem experiência nestas questões.

A presidente da Associação de Moradores teve uma postura muito passiva no grupo, o que não é comum (55). Ela concordou com tudo o que foi colocado pelo Programa, com excessão da utilização de uma sala da Unidade para a entrega do leite (56). Há uma ambiguidade nas colocações dela pois concorda com um fato e ao mesmo tempo faz exatamente o contrário.

17- Reunião de Saúde Mental

Esta reunião foi iniciada por um relato de A. sobre um caso ocorrido quando de uma visita à área. Ele e a estagiária de SS visitavam uma família cuja mãe aproveitou o espaço para falar de seus problemas. Disse que tem nove filhos e que destes, cinco são mulheres e mães solteiras. E que está passando por um período muito difícil pois as filhas brigam muito com os maridos.

Sua filha de 17 anos teve um filho há poucos dias. Outra mora em um barraco ao lado e mantém relações com um homem que tem outra família. Segundo ela, esta filha brigou de tapas com este homem e ela teve que intervir. A terceira mora em uma casa na Ilha de Santa Maria e, também, mantém um relacionamento irregular. Por fim, apresentou a filha que estava a seu lado, uma adolescente de doze anos.

Continuou, então, a relatar que se separou do marido há doze anos e que o motivo foi ter ligado as trompas e ele beber muito. Disse, ainda, ao longo da entrevista que recebe de um "senhor" 300,00 cruzados por semana, mas não esclareceu os seus vínculos com esta pessoa.

Contou que tem um rapaz que quer "cuidar" de sua filha de 17 anos, mas que não sabe se vai deixar "porque não quer ver a filha maltratada". A estagiária de SS e o residente disseram que esta senhora se sente muito magoada pelo fato das filhas não terem casado.

Dr. T. disse que através do relato percebeu que a mãe quer

manter a dependência das filhas e que quando uma quer juntar-se com um rapaz, ela reluta em aceitar porque isso pode ocasionar uma perda de seu poder. MI disse que a sexualidade da família passa pela reprodução pois à partir do momento em que a mãe não pode mais ter filhos, as filhas passam a "trazer" crianças para a mãe. Enfatizou a importância dos programas educativos, pois esta mulher e suas filhas deveriam ser orientadas para fazer um planejamento familiar.

Após este relato um outro residente falou sobre uma família que está prestes a perder um de seus membros. Esta questão da perda está muito explícita na fala dele, pois ele está no final de sua residência e cortando os laços afetivos com os pacientes. Disse que a mulher com a qual está trabalhando está temendo muito a morte do marido, pois esta é "a única coisa pela qual vive". Dr. J. trabalhou a preocupação do residente porque, de fato, ele está preocupado com a sua "morte", com o seu desligamento da comunidade.

18 - Reunião de Ação Comunitária

Esta foi a primeira reunião de Ação Comunitária da qual participamos e Dra. R. nos apresentou aos residentes que ainda não nos conheciam. Houve boa receptividade e não percebi nenhuma rivalidade. Pode-se ter certeza sobre o poderio médico, mas eles não repelem outros profissionais.

Dra. S. comentou sobre a nossa dificuldade em nos

entrosarmos com a população devido ao fato de nossos valores serem diferentes dos deles. A estagiária de SS disse que a melhor forma de trabalhar era fazendo uma avaliação constante para poder ter parâmetros para verificar qual a melhor forma de atuar.

Foram discutidas as demandas da população em relação às propostas de trabalho e Dra. MI disse que a população não pode ter demanda por algo que não conhece. Que deve-se perceber o que o paciente quer, buscar dentro dele, para depois analisar o problema e apresentar alternativas.

19 - Visita à Residência de D.R.

Subi à comunidade com a intenção de visitar D.R. pois estamos fazendo um encaminhamento do caso de A., que é um rapaz que reside na área pertinente à Equipe C, em péssimas condições de saúde, habitação, social e familiar. Está sendo averiguado um problema de saúde mental que a mãe diz que ele adquiriu depois de servir ao Exército.

D. R. falou sobre a reunião que teve com a Dra. R. e com a Dra. MI e disse que a doutora mandou colocar remédio na comida de A. e que precisava cuidar dele. D.R. insiste em dizer que cuida bem da alimentação do filho e que só mora naquele lugar porque ele não quer sair de lá. Pude perceber que D.R. é angustiada com este filho apesar de aparentar pouco caso.

Não foi decidido ainda o que vai ser feito do filho pois tudo depende do tratamento psicológico que será feito pela Dra. R.

e da limpeza que deve ser feita pelos jovens da Igreja "Deus é Amor", que se prontificaram a limpá-lo mas que ainda não apareceram. Não foi feito nenhum encaminhamento em relação a A., mas sim em relação à sua mãe. Ela deverá ter outra reunião com a Dra. R. e com a Dra. MI que querem prepará-la para as responsabilidades para com o filho doente.

19 - Reunião de Ação Comunitária

Nesta reunião ainda se discutia a questão da visitação e da violência no bairro (57). As reuniões estão se repetindo sem nenhuma decisão. Dr. F. disse que deveria ser decidido, de uma vez por todas o que faria, e que esta decisão deveria ser coletiva. A AG disse que cada um deveria falar sobre esta questão.

Dra. M disse que enquanto não houver segurança não vai subir pois não tem a menor vontade de ficar "batendo pernas" pelo morro. E. disse que continua subindo e que os moradores disseram que o lugar perigoso fica acima da área de atuação do Programa. Dr. A. disse que a violência se tornou mais um pretexto para não se estabelecer contato com a comunidade.

Dra. MI acha que houve mesmo um fato real que fez com que as pessoas deixassem de subir à área mas que a questão deveria ser melhor analisada porque a visita domiciliar é um processo terapêutico importante. Dr.G. completou dizendo que as visitas não são perigosas porque a população avisa quando há movimentos de violência no bairro.

Começou, em seguida, um desabafo. Os R2 eram os mais angustiados. Dra. S. colocou vários problemas que ela sentiu desde o início de sua residência, como falta de participação e descomprometimento dos preceptores que cobram dos residentes, mas que não têm uma postura ativa nas tarefas realizadas.

Os residentes consideram que apenas eles mantêm o Programa de pé, pois são eles que mantêm o vínculo com a comunidade. Este vínculo, segundo a Dra. S. é entre residente e morador e deveria ser entre morador e Programa (pessoas fixas no PMGC) (58).

Dr. A. disse que o vínculo é fácil de ser estabelecido, pois isso é possível com uma comunidade carente. Que este vínculo poderia ser estabelecido de tal forma que todos fariam o que ele quisesse. Que poderia "aliciar", usou este termo muito forte, a comunidade.

A AS ficou muito assustada com a colocação do residente porque isso poderia ser uma pretensão deles, já que sua formação os qualifica para isso. Percebia-se, claramente, que a reunião era um desabafo com a preceptora de Ação Comunitária, pois esta trabalha junto à comunidade, conhece o problema por vivê-lo de perto, no dia-a-dia do Programa. Os residentes sentiram-se à vontade para colocar o peso que sentiam e pareceram aliviados por iniciar uma luta que promoveria a criação do vínculo comunidade-Programa com a participação dos preceptores.

Foram, então, estabelecidos um roteiro e objetivos para as visitas, que deveriam ocorrer de maneira uniforme e não mais depender da boa vontade ou disponibilidade dos residentes. A

visita deve ser, também, um método de pesquisa. Ficou decidido que: 1) as visitas serão feitas visando uma atualização dos dados clínicos e sociais da comunidade; 2) devem ser eleitos temas de pesquisa; 3) as visitas devem parar sempre que houver movimentos de violência no bairro; 4) as visitas devem ter objetivos programados. Os temas para as visitas são: gravidez, idosos, verminose, saúde mental, prevenção do câncer e alcoolismo, tendo em vista uma diminuição da morbidade causada por estas doenças. Estes temas foram divididos entre as equipes.

20 - Reunião de Ação Comunitária

Nesta reunião foi aventada a possibilidade de realizar uma pesquisa-ação (59) mas a AS frisou que o trabalho social não se baseia em pesquisa e sim em inserção na realidade. Falou, também, sobre a necessidade de trabalhar os casos que precisam de um encaminhamento imediato.

Passamos, então, para a discussão do método de trabalho que deveria ser empregado nas visitas à Área. A primeira visita deveria servir para detectar as principais queixas, costumes e para estabelecer o vínculo com a comunidade. A segunda, para devolver à comunidade os dados coletados e deveria se dar sob a forma de atendimento das necessidades, seminários de saúde que deveriam ser estabelecidos de acordo com as prioridades da população. A terceira etapa seria a preparação dos agentes de saúde na própria comunidade. Agentes de sua própria saúde.

A reunião está entrando em nova fase. Antes os residentes falavam por exemplo, que a reunião de distribuição do leite era uma forma muito sacrificada para a população ter acesso ao que era seu direito. Não viam que as coisas não deveriam ser pensadas assim. Discutia-se o fato dos residentes não irem à Comunidade. Agora discute-se como ir e como fazer a reaproximação. Estas idas e vindas fazem parte dos avanços e recuos de qualquer trabalho em comunidade. A dinâmica da comunidade nem sempre acompanha a dinâmica que queremos imprimir aos trabalhos.

Acredito que da parte dos residentes estes conflitos devem-se ao fato de que - como qualquer profissional médico que passa o período de um curso aprendendo que sua profissão é dona da ciência - vê sua identidade ameaçada por um trabalho que muda a sua concepção.

21 - Reunião de Ação Comunitária

Dr. B. iniciou a reunião informando sobre a festa de inauguração do salão da Unidade, que acabou de ser construído (60). Segundo ele, a placa com o nome "Salão Nobre José Carlos Gomes da Silva" já está pronta, e não levou em consideração o desejo da população. Disse ainda que a Presidente da Associação de Moradores está resistindo em usar o salão pois diz, ao mesmo tempo, que o salão é da comunidade e que a comunidade não tem nada. Diz também que as reuniões de Quarteirão não são importantes.

Aproveitei para relatar o que ocorreu em uma reunião de Quarteirão da qual participei. Havia sido combinado que a Presidente da Associação de Moradores iria começar a participar destes encontros de forma a propiciar um melhor relação entre Associação e Quarteirões. Ela chegou quase ao final da reunião e sentou-se em um canto, de onde ficou observando. De vez em quando cochichava ao meu ouvido dizendo: "esta reunião não tem nada a ver". Como ela estava falando muito ao meu ouvido, disse a ela que colocasse isto para os presentes.

Apresentei-a como presidente do Movimento Comunitário e perguntei às pessoas presentes se a conheciam. Ninguém conhecia. Falei que estava havendo eleições no Movimento Comunitário e que a presidente queria falar sobre este assunto. Ela se levantou e falou sobre o Programa do Leite. Disse que tinha gente trocando o leite por pão e até por cachaça. Que gostaria que quem soubesse quem estava fazendo isso contasse a ela. Não falou sobre as eleições.

A AS disse que a comunidade ainda não percebeu que estas reuniões são importantes e que acham que a Unidade é uma coisa que existe separado deles. Mas que com o desenvolvimento do trabalho comunitário esta situação deve mudar. Disse ainda que as pessoas sempre tiveram medo de um confronto com a presidente da Associação de Moradores, mas que ela não é representativa da comunidade porque é muito autoritária e não estabelece um processo democrático dentro da Associação. Tanto que a presidência da Associação desde a sua criação, é exercida pela mesma presidente

dela(61).

Dr. F. disse que a comunidade não dá valor aos residentes como médicos comunitários e que há a necessidade de abrir novas frentes de trabalho: "A comunidade não valoriza o médico comunitário, mas sim a pessoa". Dr. A. disse que foi convidado para trabalhar em outra comunidade, já organizada, mas que não tem serviço médico. A AS entrevistou dizendo que a nossa comunidade já está abandonada, pois se discute outras comunidades e não o assunto em questão que é a atual situação da nossa comunidade. Dr. F. disse que, segundo Freud, estão fugindo do confronto com a presidente da Associação de Moradores.

Dr. A. disse que em sua entrevista de seleção colocou que queria "ser um médico importante e não um médico a mais" e que aqui, nesta comunidade, ele está sendo relegado ao papel de um simples médico. Dr. F. continuou dizendo que as pessoas da comunidade procuram o Programa, mas que não dão o menor valor. Os pacientes fazem exames em outros lugares, não participam das reuniões e os residentes não sabem o que fazer. As consultas no Programa são mais demoradas e os residentes têm a oportunidade de explicar as coisas nas visitas domiciliares e nas reuniões, mas que, mesmo assim, a população não valoriza o serviço ao qual tem acesso.

Discutiram, em seguida, a dificuldade de estabelecimento de vínculo, pois não conseguem encontrar outro tipo de demanda por parte da população, do que a já estabelecida pelo Programa. A AS disse que as visitas domiciliares são importantes porque é através

de nossa inserção que poderemos obter informações e propor novas formas de atuação.

Alguns residentes disseram que não têm coragem de visitar as casas mais ricas da comunidade porque as pessoas não estão interessadas no Programa e não os recebem bem. A AS disse que eles não deveriam insistir, apenas informar sobre a existência do Programa. Dr. A. disse que se pergunta porque tem que passar por isto.

Estas questões precisam ser analisadas, pois a sua compreensão é difícil para os médicos. Em sua vivência e formação não consta este tipo de trabalho. É muito natural que sintam dificuldades para se inserirem junto à comunidade.

Esta reunião teve dados importantes que devem ser analisados. A postura do médico frente a um trabalho que lhe é estranho e o acompanhamento de um processo de comunidade que pressupõe não se considerar o dono da verdade. A confusão que aparece para os residentes é a de perceber que não estão sendo reconhecidos como médicos (62). Posso perceber uma fuga de assuntos que parecem de difícil resolução.

22- Reunião Geral

Discutimos, principalmente, a questão da co-gestão da Unidade pela comunidade, proposta pela Associação de Moradores. Segundo a AS, mesmo que a comunidade não saiba, efetivamente, o que isto significa, ela tem outros exemplos de comunidade que

funcionam desta forma e que é preciso decidir como tratar este assunto.

Segundo os residentes, há dois tipos de participação possíveis da comunidade no Programa. Uma é a comunidade, possuindo a sede de sua Associação e ficando mais distante do Programa, e a outra é não possuir esta sede e ter uma participação mais efetiva e direta na administração da Unidade. E, que era impossível trabalhar com a Associação de Moradores, havendo a necessidade de abrir outras vias de contato com a comunidade.

Quanto ao uso do salão pela da comunidade, Dr. C. disse que fora um erro de estratégia dizer para a comunidade que o salão era deles. Que agora, a comunidade queria ter autoridade sobre o seu funcionamento. Dr. T. disse que o Movimento Comunitário engloba outras atividades além de saúde e "que nós estamos preocupados com a saúde e não em colocá-los aqui dentro". Que "esta Unidade foi feita para o Programa de Residência". Percebe-se pela fala do Dr. T. que os objetivos do PMGC foram totalmente esquecidos.

Dra. V. disse que não concorda com o que foi dito, mas que o salão é apenas um dos pontos do conflito. Que se o motivo não fosse este seria outro e, que de qualquer forma, o salão é o local de trabalho da MGC, do médico comunitário e não um Centro Comunitário. A maioria dos presentes não concordou com esta opinião.

23- Reunião de Ação Comunitária

Dr. A. informou que havia conseguido acertar com a presidente da Associação de Moradores um espaço para o PMOC nas reuniões de distribuição do leite (63). No encontro que teve com ela estava presente toda a diretoria e mais ou menos umas noventa pessoas. A presidente falou que as eleições estavam próximas e que havia a necessidade de formar chapas. Reclamou dos cacos de vidro no muro que delimita a Unidade da comunidade e foi informada que o Programa solicitara o seu rebaixamento ou a troca por grades.

Os residentes disseram, ainda, que iriam sugerir a criação de um comitê eleitoral porque o estatuto da Associação é ambíguo em relação à votação e que pode ocorrer uma votação por aclamação que não é adequado. Desta forma, querem sugerir uma mudança no estatuto.

Disseram, também, que a comunidade propôs nesta reunião a co-gestão da Unidade, participando e decidindo em todos os níveis do PMOC. Dr. F. esclareceu que a comunidade está propondo a co-gestão por não estar satisfeita com o Programa. A AS disse: "estamos atuando dentro do que acreditamos que seja melhor" e Dr. F. completou que a comunidade está reclamando que os residentes não foram à festa junina e que os preceptores não vão às reuniões da comunidade.

Dr. F. disse que é favorável à co-gestão. Dr. A. considera que este é um caminho sem volta e que teve um choque quando, na reunião da comunidade, uma pessoa da diretoria disse "nós vamos mudar isto aqui" e ontem quando a diretoria reivindicou uma maior participação no PMOC.

Segundo o Dr. A., antes a equipe do PMGC mandava no jogo. E agora? A AS disse que este é um processo de crescimento e que o ideal seria achar um meio termo. Dra. V. considerou que a comunidade deveria ter o seu próprio Centro Comunitário e que isto não desmereceria o trabalho do PMGC. A AS informou que a diretoria quer ter o seu próprio centro comunitário, mas que, enquanto isto não acontecer, o salão da Unidade deve ser utilizado por eles, dentro de objetivos que não atrapalhem o andamento dos serviços da Unidade.

Disse ainda que considera necessário que a diretoria do Movimento Comunitário e a equipe do PMGC façam um planejamento conjunto para utilização do salão de forma a não gerar conflitos. Dr. F. disse que é importante que a comunidade tenha o seu centro comunitário, pois apenas assim acabariam as dificuldades que toda a equipe encontra em administrar as coisas.

Avaliação do Período de Estágio

Durante este período de estágio pudemos perceber a importância do PMGC. Percebemos, também, que ele encontra problemas para se processar efetivamente. Acreditamos que estas dificuldades são decorrentes da falta de coesão real entre os profissionais engajados no Programa. Isso pode ser causado tanto pela existência de interesses contrários quanto pelo fato dos médicos não estarem preparados para se envolver em questões relativas à comunidade.

Com relação à comunidade, observamos que não há um envolvimento real dos moradores nas discussões dos seus problemas e na elaboração de possíveis soluções. Acreditamos que pouca assiduidade na participação se deva ao fato desta área ser privilegiada em termos de recursos educacionais, médicos e de transportes.

Um outro fator poderia ser a falta de percepção, por parte da comunidade, sobre a importância dos trabalhos desenvolvidos pelo PMGC. Além do desconhecimento sobre trabalhos em grupo que faz com que, quando são realizadas reuniões, elas não sejam produtivas.

NOIAS

(1) Frase de artigo não identificado citado em uma reunião de Ação Comunitária para ilustrar o papel do Serviço Social e dos residentes em sua atuação junto à sua população da APM.

(2) Será mantida ao longo deste capítulo a abreviação estagiárias de SS utilizadas nos relatórios.

(3) Este é o quadro considerado ideal para o bom desenvolvimento do PMGC. Entretanto, ele varia de acordo com os interesses e possibilidades do Hospital das Clínicas e da UFES, assim como de acordo com o número de residentes aprovados nos exames de seleção. Manterei, apesar destas ressalvas o número que é

considerado ideal.

(4) Neste capítulo mantereí apenas as iniciais das pessoas pois é desta maneira que aparecem na maioria dos relatos das estagiárias de SS.

(5) Consiste em estabelecer uma estratégia de atuação junto à Comunidade esta atuação deverá ser revista e atualizada constantemente.

(6) No jargão psicanalítico latente equivale a inconsciente e manifesto a consciente.

(7) Ver a este respeito a nota 5 da Introdução.

(8) Além destes grupos operativos citados houve ainda um grupo de adolescentes, um de idosos, um de asmáticos. Como já foi assinalado o funcionamento destes grupos depende do interesse dos residentes que se encontram no PMGC. Não são apresentados relatos dos grupos acima citados devido ao fato de não haver menção a eles nos relatórios. Isto se deve, provavelmente, ao fato de não haver estagiárias de Serviço Social nestes grupos.

(9) Um dos residentes do PMGC realizou um levantamento preliminar de dados para a realização de uma monografia sobre o Grupo Operativo de Hipertensos. Este trabalho não foi concluído

mas os dados indicavam um aprendizado dos conceitos médicos por parte de seus participantes e uma "administração" de doença de acordo com os seus conceitos sobre ela.

Como exemplo pode ser citado o caso de uma paciente que suspendeu a utilização da medicação devido ao fato de haver se casado. Uma das causas da doença, apontadas pela população, é a falta de marido. Esta paciente sabia todos os conceitos médicos sobre hipertensão.

(10) Este grupo era considerado muito importante pelo PMGC devido ao fato da maioria das pessoas que recorre aos seus serviços ser do sexo feminino. Este fato é assinalado na maior parte dos estudos sobre medicina e não será discutido por mim.

(11) Estas reuniões começaram a ocorrer regularmente a partir de 1987 quando passa a fazer parte da formação obrigatória dos residentes.

(12) Estas reuniões já foram assinaladas na versão dos médicos, e ocorreram desde a implantação do PMGC, aí sob orientação de Hugo Guangirolli. A saída de Hugo do PMGC não alterou o seu conteúdo. Apenas, foi assumida por outros preceptores. Entre eles: Jader B. Cruz, Rosaura B. Beato e Camillo Chamoun.

(13) é importante frisar aqui que não houve uma solicitação de assessoria por parte da Associação de Moradores da APM. Pedro

Dunha Fortes "criou" esta Associação, e as assistentes sociais que o seguiram no PMGC consideravam que fazia parte de seu papel continuar em contato direto com ela de forma a auxiliar no que se fizesse necessário à sua organização.

(14) Este relato de visita à APM incorpora dados que podem ser válidos para todos os Quarteirões respeitada a seguinte especificidade : que um dos Quarteirões conta com um grande número de estudante e funcionários da UFES (o de localização mais próxima da Faculdade de Medicina).

(15) Esta questão do lixo é muito importante para os médicos pois é um dos referenciais à partir do qual estabelecem o nível de saúde da população. Desta forma, nos questionários é uma informação que não pode ser suprimida. Entretanto, o resultado dos questionários não tem maior validade na medida em que maioria da população não respeita o horário de recolhimento do lixo estabelecido pela PMV e o lixo encontra-se a céu aberto.

(16) É importante assinalar aqui que a divisão em Quarteirões proposta pelo PMGC não corresponde à divisão e à nomenclatura do bairro utilizada pela população.

(17) Deve ser assinalado que nunca foi feito um levantamento das igrejas existentes na APM e que não existem dados que permitam a sua classificação. Esta afirmação, portanto, corresponde a um

critério da estagiária que não dá conta da diversidade existente.

(18) Esta questão é muito problemática dentro do PMGC pois existem boatos de que um de seus ex-residentes é sobrinho da dona do bordel e que presta assistência médica às suas moças. Assim, as tentativas de higienização do bordel esbarram sempre nestas considerações e nenhuma estratégia de atuação foi implantada.

(19) Ver a respeito desta proposta de trabalho o relatório de estágio de Elvira Thereza dos Santos Martins (1987).

(20) Esta passagem ilustra bem a questão dos limites da APM. Como já foi dito o estabelecimento dos limites ocorreu arbitrariamente de forma que o PMGC nunca sabe que atitude tomar em relação a pessoas que moram nas proximidades da APM (às vezes a pessoa de uma casa pertence à área e a casa vizinha não). A atitude, na maioria das vezes é conciliatória: atende-se quando requisitado mas não é regulamentado o direito de participação no PMGC.

(21) A ficha de inscrição tem por objetivo a verificação do endereço de forma a só atender as pessoas que moram dentro dos limites da APM.

(22) Observar as condições de moradia: mofo, nº de quartos, tipo de construção, (verificar os itens dos questionários no

Anexo I) faz parte, também, das visitas domiciliares.

(23) A não realização das reuniões de Quartelões é um fato corriqueiro no PMGC. Até hoje, elas existem mais como proposta, pois não há um interesse maior da população em sua realização

(24) Este questionário não foi uma prática corrente no PMGC. Foi adotado em 1987/88 quando de uma das tentativas de reaproximação do PMGC com a população da APM. Mas, acredito que possa ser incluído porque, mesmo que não de maneira tão formalizada, o primeiro passo para a reaproximação do PMGC nos momentos de crise era solicitar à população informações do mesmo teor.

(25) Estas respostas também foram escolhidas por parecerem - apesar de não ter havido uma apuração dos dados obtidos - não fugir à regra.

(26) Neste caso, a estagiária refere-se a um candidato que se apresentou durante as eleições anteriores às de 15 de novembro de 1985. Mas, é interessante assinalar que praticamente todos os candidatos, em todas as eleições fazem uma visita ao PMGC.

(27) Ver a este respeito o diagnóstico de saúde do Espírito Santo (SALES e DANTAS 1987) que apresenta os dados estatísticos sobre o Estado, apesar de não apresentar análise significativa dos

mesmos.

(28) Esta questão aqui assinalada é recorrente e está relacionada à definição da atuação permitida à população da APM no PMGC. Ela será discutida na parte final deste trabalho.

(29) Esta "queixa" está referida ao período de 1986, mas também é recorrente no PMGC pois, como já foi assinalado o contato com a população é feito pelas estagiárias de Serviço Social e pelos residentes não havendo uma relação entre a população e todas as instâncias do PMGC.

(30) Referem-se aqui às mesmas eleições já assinaladas na nota 26.

(31) Esta foi a explicação adotada pelas estagiárias de SS durante o período de 1984/85.

(32) Este grupo reuniu-se durante o período de 1984/85 antes do primeiro grande atrito entre PMGC e população da APM.

(33) Técnica de dramatização que consiste na determinação de papéis a serem desempenhadas por pessoas do grupo tendo por objetivo trabalhara dinâmica grupal.

(34) Não vou identificar os Quarteirões pois não me proponho

a fazer uma análise detalhada de cada um. Pretendo apenas ilustrar como decorriam estas reuniões.

(35) Este grupo se reuniu durante o período de 1985/86.

(36) Consiste na discussão do poder atribuído ao médico em sua relação com os pacientes.

(37) Este grupo se reuniu durante o período de 1984/85.

(38) Como já foi assinalado, existem quatro equipes primárias de saúde. Entretanto, também, não identificarei as que foram aqui utilizadas por considerar que o importante é ilustrar o que nelas acontecia.

(39) As discussões sobre a importância do grupo de mulheres, além das observações feitas na nota 10, era justificada através do discurso feminista comum às camadas médias.

(40) Estas reuniões ocorrem, sem perda de continuidade, desde o início do Programa. Talvez se deva ao fato de que o PMGC oferece "vantagens" em relação ao acompanhamento das gestantes como aparece no relato a seguir.

(41) Refere-se aqui a folheto fornecido pelo Ministério da Saúde. É interessante observar que as investigações realizadas

Indicam que a maioria das mulheres é analfabeta ou tem baixa escolaridade.

(42) Ver no que consiste na nota 32

(43) Interessante observar que a acusação de dominadora às pessoas que resistiram às interferências do PMGC é frequente. Ver o caso da presidente da Associação dos Moradores e do Grupo de Jovens.

(44) Uma das atividades das estagiárias de Serviço Social que não foi contemplada por mim nestes relatos é a organização de festa junto com a população da APM. Além da Festa de Natal é realizada a Festa do Dia das Crianças, a Festa Junina e a Festa de Aniversário da Unidade. A participação do PMGC nestas festas, entretanto, depende das condições em que se encontram as suas relações com a população da área.

(45) Este é um momento de troca de estagiárias de Serviço Social, por isso a referência à presença das mesmas para conhecer a presidente da Associação dos Moradores, que é a mesma de 1983 até hoje.

(46) Estas acusações não puderam ser comprovadas mas são importantes no sentido de que servem como argumento para a Associação justificar a falta de confiança no PMGC.

(47) Esta foi uma das várias formas que assumiu o conflito referente ao Muro de Flores durante estes anos de funcionamento do PMGC. Outras referências a ele aparecerão ainda neste capítulo.

(48) O muro que separa a Unidade da APM tem um portão fechado a cadeado que, após os conflitos com o Grupo de Jovens passou a ser mais controlado e a chave não era acessível a todos. Por isso esta referência a ela.

(49) Referem-se ao Congresso da AMES (Associação Médica do Espírito Santo) que se realiza todos os anos em Vitória.

(50) Esta festa será relatada no próximo capítulo mas é importante assinalar que foi considerada como o "grande motivo" para o primeiro atrito significativo entre o PMGC e população da APM.

(51) Este momento é o da chefia de Jader B. Cruz que propunha que não houvesse uma hierarquia rígida no PMGC. Por isso o questionamento sobre a existência de "donos ou dono" do PMGC.

(52) Estas "reclamações" foram uma constante ao longo destes anos pois para a Associação de Moradores estas reuniões de Quarteirão significavam uma tentativa do PMGC de solapar a sua hegemonia. O PMGC, entretanto, sempre se recusou a suspender estas

reuniões e tentava explicar que o seu significado não era o atribuído pela população.

(53) As reuniões gerais não têm normalmente a participação da população da APM. Esta era uma prática que existia no início do PMCG mas que, por motivos que serão analisados posteriormente, deixou de ocorrer por volta de 1984/85. Atualmente, somente em raras ocasiões a população da APM está presente nestas reuniões.

(54) Acredito que "questões pertinentes" aqui se refiram aos problemas entre moradores da APM e PMGC.

(55) Interessante esta referência à "postura passiva" da presidente da Associação de Moradores, principalmente se associada às acusações de autoritarismo e de ambiguidade pois ilustra, a meu ver, a estratégia adotada pela Associação frente ao PMGC. Ou seja, ao mesmo tempo em que não contesta claramente a intervenção-diz que concorda - segue o rumo que considera mais interessante. Ou ainda cede em determinados aspectos para ganhar em outros.

(56) Refere-se aqui ao programa de distribuição de leite do Governo José Sarney que é controlados - na APM - pela Associação de Moradores.

(57) Refere-se aqui a acontecimentos ocorridos no ano de 1987, quando a polícia entrou em choque com bandidos que moravam

na área de atuação do PMGC. Durante um certo tempo as visitas dos residentes e estagiárias de Serviço Social tiveram que ser suspensas por motivos de segurança. Em seguida, o fato era utilizado pelos residentes que não queriam realizar o trabalho comunitário.

(58) Aqui o que estava em discussão era a maneira como era trabalhado o vínculo PMGC moradores da APM. Esta discussão será feita nos capítulos posteriores.

(59) Ver a este respeito Carlos Rodrigues Brandão (1981) e Domingos de Freitas Filho (1984)

(60) Verificar a este respeito a planta da Unidade na Versão Oficial.

(61) Interessante observar que esta foi a primeira vez que PMGC e comunidade se definiram como duas forças antagônicas. Mas, mesmo assim o confronto é com a Associação de Moradores, considerada como não representativa da população da APM.

(62) Acredito que não estão sendo reconhecidos como médicos comunitários e não como médicos. Discutirei este aspecto no capítulo final.

(63) Como já foi dito na nota 55 a distribuição do ticket do

leite é controlada pela Associação de Moradores. O PMDC queria que as reuniões que antecedem a distribuição dos tickets contasse com participação de membros do Programa. É a este acerto que a estagiária se refere.

OS BASTIDORES

A versão da Antropóloga

Introdução

Este capítulo, além de ser utilizado como um recurso para a apresentação de dados sobre o PMGC, que não constam das versões anteriores, pretende apresentar uma análise preliminar dos acontecimentos observados durante o período compreendido entre 1984 e 1988. Ou seja, uma história sobre o PMGC contada por mim, mesmo que informada por teorias antropológicas.

Em 1964, Thomas Tomazzi (1) delimitou a APM porque considerava que o ensino médico devia ser voltado para o atendimento da "comunidade" havendo a necessidade de criação de um "laboratório" para a Faculdade de Medicina. O desenvolvimento de trabalhos nesta área foi feito através de um convênio PAPPE - DNT (MS - USAID) devido, segundo dizem, aos seus contatos pessoais. Em fins de 1970 já existiam vários projetos em andamento na APM (2). Nesta época, Thomas Tomazzi trouxe para o Departamento de Medicina Social, Pedro Florêncio da Cunha Fortes (3).

Quando Pedro chegou, em 1978, a APM já estava delimitada há mais de dez anos e todos os semestres eram passados questionários junto à população, pelos alunos de Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas, o HUCAM, com a promessa de atendimento diferenciado. Os moradores da APM respondiam a estes questionários (4) mas o atendimento médico diferenciado não ocorria.

Pedro, trazido por Tomazzi para viabilizar a idéia de "voltar o ensino médico para a comunidade", reestruturou estes questionários que foram considerados por ele como muito falhos e mal elaborados. Tentou, também, estabelecer novas relações com os moradores da APM pois, de seu ponto de vista, as relações existentes eram muito paternalistas e havia a necessidade de organizar os moradores criando uma Associação de Moradores.

A APM começou a ser "trabalhada" por ele e Ipojuca José Oliveira D. Almeida, sanitarista do DMS. Pedro estava constantemente na APM realizando reuniões com os moradores. Estas reuniões ocorriam nas casas dos moradores e, quando não havia nada marcado, ele andava, passeava e tomava cafezinhos. Dizia que sua atuação não era diretiva, que apenas escutava e observava. "Trabalhava" as questões que interessavam à população e sugeria maneiras eficazes para que conseguissem alcançar as prioridades estabelecidas. Parece que as reuniões por ele realizadas chegaram a contar com a participação de quarenta pessoas.

Segundo ele, o projeto de Medicina Comunitária era dele e Jader reivindicou para si a autoria (5). Mesmo assim, Pedro participou da fase inicial de implantação do PMOC. Retirou-se apenas quando, em meados de 1980, Roberta Giovanotti (6), uma assistente social, começou a participar do Programa. Diz que tiveram muitos atritos porque ela era muito diretiva em seus trabalhos com a população.

Junto com ele retiraram-se do PMOC Ipojuca e Aprígio da Silva Freire, um dentista pertencente ao DMS. Continuam

desenvolvendo um "trabalho com comunidade", mas em outro setor da APM que não o ocupado pelo PMGC. Apesar do afastamento de Pedro do Programa ele ainda mantém contato com a Comunidade Eucalipto e diz ser procurado por moradores que pedem, até hoje, a sua volta.

Para não dizer "Eu sabia que era preciso mudar, mas não soube como": O mito de origem.

Paralelo à atuação de Pedro junto aos moradores da APM, estava se desenvolvendo, dentro da Universidade, na UDE (Unidade de Desenvolvimento do Ensino), sob a coordenação de Jader B. Cruz (7), um trabalho de pesquisa sobre o ensino médico.

Depois de um período em que a UDE teve uma atuação dispersa entre os professores do Centro Biomédico (CBM), que pretendiam trabalhar de forma diferente as suas disciplinas e desenvolver um novo tipo de relação aluno-professor, Jader começou a estudar, a pedido de Tomazzi, uma reforma curricular que "voltasse o ensino médico para a comunidade".

Segundo Jader B. Cruz, havia nesta época na Faculdade de Medicina, a transmissão de uma formação tradicional onde imperava um esquema de rigidez cirúrgica (8) e uma concepção da medicina como um sacerdócio. Conta que, em 1973, em uma das turmas para as quais dava aula - palco na sala de aula, guarda-pó e gravata para as aulas magistrais - ficou amigo dos alunos e começou, por esta razão, a questionar a distância aluno-professor que, em sua visão de saúde, é o mesmo questionamento que deve ser feito para a

relação médico-paciente.

Depois de certo tempo, mudou o seu curso que, de centrado no professor, passou a ser centrado no aluno. Trabalhou desta forma até 1975 e ficou clara, para ele, a necessidade de promover mudanças no ensino médico.

Em 1975, houve um seminário, no Rio de Janeiro, onde se buscava uma nova estrutura para as escolas médicas. Estava sendo apresentada a peça "Longa Noite de Cristal" de Oduvaldo Viana Filho. Conta ele que esta peça é a estória de um locutor que foi para o jornal dar uma notícia sobre uma mulher grávida que, como não tinha registro no hospital, dá à luz no meio da praça.

No dia seguinte, este locutor deveria desmentir a notícia, pois o hospital em questão era o responsável pelo patrocínio do programa. Mas ele não desmentiu. Confirmou dizendo que estava no local quando do ocorrido. Foi demitido.

No final da peça, o locutor está de cuecas, em um programa da madrugada e, em cima há um letreiro: "Eu sabia que era preciso mudar, mas não soube como". Quando saiu do teatro, Jader resolveu estudar educação "para não acabar de cueca na madrugada, batendo panela". Fez, então, um pedido de licença à Universidade Federal do Espírito Santo para fazer um curso de mestrado em Educação Médica nos EUA.

Seu pedido foi aceito e deveria mandar uma carta de confirmando a data de sua ida. Porém, protelava: para ele, este curso significava uma mudança de identidade. Em meados de 1976, encontrou-se com um amigo e ficaram conversando sobre trabalho.

Quando seu amigo perguntou se, afinal, era médico ou educador, sentiu um soco no peito. Era sábado. Na segunda-feira colocou a carta no correio.

Seu irmão, um cardiologista, morava nos arredores de Chicago. E, nos longos percursos diários, entre a sua casa e o hospital onde trabalhava, começou a rever suas posições, sua vida. Não conseguia mais ser médico. Não como havia sido até então.

Ao lado de onde trabalhava havia um Centro de Saúde Mental que seguia uma linha psicanalítica. Jader trabalhava com as equipes do serviço de planejamento de educação e uma parte do trabalho era realizado neste Centro de Saúde Mental. Durante o mês de abril, em Seattle, conheceu um Programa de Medicina de Família e se apaixonou pelo cuidado integral de saúde. Dentro do hospital, diz ele, era um outro mundo. As pessoas paravam para discutir, havia um outro vínculo entre preceptor-residente, entre médico e família.

Passou um mês trancado em um porão, escrevendo o Programa de Residência em Cirurgia - motivo que justificava a sua ida para os EUA - para poder ficar livre e estudar Medicina de Família. Em seguida, transferiu-se para Seattle. Lá estudou relação médico-paciente, condução de entrevistas. Voltou ao Brasil em 1978 para implantar a Residência Médica em Cirurgia.

Assim que chegou ao Rio de Janeiro, sofreu um acidente de carro e precisou ficar de licença médica. Foi, então, procurado por Olga Maria Reis e Silva (9) e Liberato T. Schwartz (10) que tinham a intenção de reformular a disciplina de Psicologia Médica.

Como estava disponível, aceitou conversar com eles. Trabalharam vários dias revendo conceitos e estratégias. Em março de 1979, a nova disciplina estava implantada.

Em seu serviço no Hospital Santa Rita de Cássia tinha reuniões diárias para discussões de casos com uma equipe de dezesseis estudantes. Segundo ele, discutiam o paciente e não a cirurgia ou a doença. Operava o descentramento do professor para o paciente e analisava com os alunos os tipos psicológicos de pacientes cirúrgicos.

Em 1978, começou a fazer análise com Hugo Guangirolí e a participar do grupo de estudos de Psicanálise que se reunia no CBM. Por volta de 1980, começou a frequentar o CEPES e a fazer parte do grupo de psicanalistas de Vitória. Neste mesmo período, o trabalho da UDE começou a se expandir e, apesar de ser um trabalho de gabinete, deu para Jader perceber que havia uma insatisfação muito grande com o ensino médico dentro da Universidade, tanto entre alunos como entre professores.

Segundo Jader, até este momento, o ensino médico existente constava apenas de uma exibição de pacientes. Alguns deles ficavam internados por mais de cinquenta dias apenas pelo fato de serem casos interessantes e deverem ser mostrados aos alunos. Era para questionar o tipo de medicina que se fazia então que começaram a discutir questões tais como: formação do aluno, qualidade do ensino e modelo de profissional formado pela Universidade. Em 1981, Thomas Tomazzi sugeriu a este grupo que pensasse de forma efetiva sobre uma mudança de currículo em que o aluno trabalhasse

"junto com a comunidade".

Ainda segundo Jader B. Cruz, a mensagem que era transmitida aos alunos nos dois primeiros anos do curso de Medicina era de morte, sacrifício, sofrimento e hierarquia. Havia, portanto, a necessidade de contato com pessoas vivas. Era isto que, para Jader e para as pessoas que com ele trabalhavam, deveria ser mudado. Em 1981, depois de passar o dia finalizando o projeto de mudança curricular, morreu Thomas Tomazzi. Este projeto, pronto desde 1981, só foi implantado em 1988.

A possibilidade de transformação da estrutura ossificada (ii) por eles identificada, apareceu quando Jader B. Cruz se encontrava em Brasília - participando de um grupo de avaliação de residências médicas - através de um convite para que participasse de um seminário sobre Medicina de Família em Porto Rico. Este seminário era promovido pela Fundação Kellogs.

Foi neste momento que pensou na elaboração do projeto para a implantação da Residência em Medicina Geral Comunitária. Voltou de Porto Rico para Vitória com dois dias de prazo para elaborar e enviar o projeto para aprovação. Reuniu-se com Paulo e Angélica Pecanha (12), Camillo Nassar Chamoun (13), e Liberato T. Schwartz. Elaborado o projeto, foi enviado para Brasília.

"Um frasco com vários líquidos que não se misturam"

A criação de uma equipe multidisciplinar.

A implantação do projeto, entretanto, abrigou conflitos

entre várias concepções sobre o que seria o "trabalho com a comunidade". O primeiro a desvincular-se do projeto do PMGC foi Liberato T. Schwartz. Ele tinha por objetivo a implantação de um projeto dentro dos moldes da Psiquiatria Comunitária proposto por Busnello no Rio Grande do Sul (14).

Liberato reuniu-se com o grupo durante um certo tempo mas, como não concordava com a feição que este estava assumindo, retirou-se depois de algum tempo. Entretanto, antes disto, havia convidado para participar das discussões Roberta Giovanotti e Rosaura B. Beato (15).

Em fins de 1982, Rosaura e Roberta passaram a integrar a equipe que estava elaborando o PMGC juntamente com Angela Maria de Castro Simões, Margarida M. de Oliveira, Rogério Vello, Maria Iris Senna e Virgínia Maria Cypriano (16). Todas estas pessoas foram integradas à equipe devido à necessidade de formação de uma equipe multidisciplinar que possibilitasse a formação de um médico que tivesse condições de fazer uma abordagem integral do paciente. Ou seja, compreender o paciente não só como portador de uma doença mas, sobretudo, como indivíduo inserido dentro de um contexto social, econômico e político específico.

Como este médico - que consideravam necessário para viabilizar um bom atendimento em saúde - não existia, optaram pela implantação de uma residência médica. O resultado seria, desta forma, não apenas a criação de um modelo de médico ideal, mas, também, do docente que operacionalizaria a mudança curricular prevista no projeto de novo currículo elaborado por Thomas Tomazzi

e pela equipe da UDE.

Havia, como decorrência desta proposta, a necessidade de criação de um "modelo assistencial", pois os serviços médicos existentes não possibilitavam uma abordagem integral do paciente. Foi construída, então, a Unidade de Saúde Thomas Tomazzi na sub-área III da Área Programática de Maruípe. A escolha desta área de atuação deveu-se, principalmente, a dois fatores: era contígua ao HUCAM e a mais pobre dentro do traçado da APM.

Contam que não queriam um modelo pronto. O objetivo era utilizar a formação psicanalítica como ferramenta para criar um Programa que trabalhasse o indivíduo dentro do seu contexto familiar e dentro do grupo mais amplo no qual estava inserido: "a comunidade". Este trabalho só poderia ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. As discussões começaram em 1982, mas o Programa só em março de 1983 e sem a sua sede, que foi inaugurada em outubro do mesmo ano.

Neste início do PMGC havia, segundo relato das pessoas que participaram de sua implantação, discussões teóricas e "reuniões de segunda-feira". As funções dos participantes do grupo não eram muito claras. Os residentes tinham reuniões diárias onde discutiam textos que tratavam de Programas semelhantes. A bibliografia era, em grande parte, trazida por Jader B. Cruz dos EUA ou do encontro sobre Medicina de Família realizado em Porto Rico. O atendimento médico funcionava na Casa 5 do Hospital das Clínicas (17). Apenas uma sala onde os residentes atendiam aos moradores da área.

Pedro Cunha Fortes, os monitores do Departamento de Medicina

Social e os residentes do PMGC eram as pessoas que tinham contato com os moradores da área. As "reuniões de comunidade" aconteciam nas casas dos moradores ou nas salas de aula, localizadas na sala reservada ao funcionamento da UDE. Desde o início as pessoas da APM mais envolvidas com o Programa eram D. Lia, Ildinete e D. Zilda (18). O coordenador dos contatos com a APM era Pedro e o seu objetivo era a criação de uma Associação de Moradores que tivesse uma atuação ao nível mais amplo dos cuidados de saúde.

A Unidade de Saúde Thomas Tomazzi foi inaugurada em fins de 1983, com grande participação dos moradores. Segundo depoimentos, foi realizada em sistema de mutirão. O material foi fornecido pela Universidade e a mão-de-obra pelos moradores da APM.

Foi nesta época que Hugo Guangirolí (19), que desenvolvia um trabalho voluntário no PEP, foi convidado por Jader B. Cruz para fazer parte do PMGC. Hugo constituiu um grupo de auto-crítica que, mais tarde, se tornou o grupo de discussão da identidade profissional do médico comunitário e polo centralizador das insatisfações dos residentes com o Programa.

Ainda no decorrer de 1983, devido a desentendimentos sobre como deveria se dar o desenvolvimento do PMGC, retiraram-se do grupo: Pedro, Ipojuca e Aprígio. Saíram antes do término da Unidade Thomas Tomazzi. Eram residentes nesta época, Francisco José da Silva(20), Ernesto Negri Neto, Anselmo Tose e Maria do Carmo (21).

Como "trabalhar com a comunidade"? O início dos conflitos no PMGC.

O primeiro processo de seleção de residentes do PMGC contou com a participação de mais ou menos dezoito candidatos. Segundo Francisco José da Silva - mais conhecido como "Chiquinho, o modelo de Médico Comunitário" -, isto se deveu ao fato de que a turma que se formou em 1982 tinha uma certa tradição na área da Medicina Social e de "trabalhos de comunidade". Os quatro selecionados participaram da elaboração do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.

Segundo eles, em seu início, o PMGC não estava muito estruturado e, somente em fins de 1983 os programas teóricos e de atividades ficaram prontos. Mas, mesmo antes de uma formulação definitiva o "trabalho com a comunidade" já existia. O Departamento de Medicina Social, através de seus alunos e monitores realizava o levantamento da área. Os alunos numeravam as casas e passavam questionários entre a população.

Estes questionários eram passados semestralmente, mas não eram, segundo os relatos, bem elaborados e, além dos moradores da área mentirem aos alunos, os alunos que não queriam ir até a APM os preenchiam com informações falsas. O Sr. Janeiro, braço direito de Thomas Tomazzi, era responsável pelos questionários que não foram, até hoje, analisados. O Sr. Janeiro era o agente de saúde da APM. Estes acontecimentos, entretanto, tiveram lugar antes da chegada de Pedro Cunha Fortes ao DMS.

Pedro e Ipojuca ficaram responsáveis pelos contatos com a APM. Faziam um trabalho de nucleação. Dizem que Pedro tinha um discurso convincente e populista. Que tinha uma grande capacidade de conquistar as pessoas e falava no "social" onde ninguém sabia o que era isto. Fazia muito sucesso conversando e realizando pequenas reuniões.

Segundo Pedro, o seu contato com os moradores da APM foi estabelecido, baseado, principalmente, na observação. Contam os residentes que, durante este tempo, apenas assistiam às reuniões que eram realizadas pela população e que Pedro era um "observador passivo": a sua política era ver o que acontecia. A chegada de Roberta Giovanotti para participar do "trabalho com a comunidade" criou atritos. A sua estratégia de atuação era diferente, "mais ativa".

Com a sua chegada houve uma divisão do grupo. De um lado ficaram Pedro, Aprígio e Ipojuca ligados por afinidades pessoais e por uma linha de atuação. De outro, Roberta e o restante do grupo que encampava a sua proposta- pois consideravam que, sem uma atuação mais efetiva, não conseguiriam implantar a proposta do PMGC.

Sobre este episódio, que resultou na saída de Pedro do PMGC, todos são muito reticentes. Os preceptores por não considerarem que esta questão deva ser discutida, alegando que o ocorrido está ligado a problemas pessoais. Contam apenas que, em uma das reuniões do PMGC, houve um "racha" aberto e a necessidade de escolher entre a proposta de Pedro e a de Roberta.

Dizem os residentes que os acontecimentos foram muito pessoais e emotivos e que não tiveram acesso às informações. Algumas outras versões enfatizam o carácter ideológico do rompimento, dizendo que o problema estava em que Pedro não se posicionava enquanto agente junto à população. Que a proposta do PMGC visava o desenvolvimento de um trabalho conjunto com a população e que Pedro não cumpria o seu papel, assumindo apenas uma postura passiva. Para a maior parte do grupo neste momento, era necessária a opção por uma atuação mais diretiva desde que, respeitasse os "desejos" da população.

Acredito que, apesar da escassez de dados referentes a este período, o que estava em jogo era a decisão sobre que grupo determinaria as diretrizes do PMGC. E, que por trás das alegações de que Pedro era paternalista - não atuava, confundia direção com diretividade, alegando que como a "comunidade" não pediu, não podia fazer nada - o que estava em questão era quem determinaria a "linha" a ser seguida pelo PMGC.

Apesar de não haver sido feita uma análise do Departamento de Medicina Social, os depoimentos nos sugerem que a sua política era determinada por Thomas Tomazzi, que decidia sobre as contratações, objetivos e atividades sem uma consulta prévia. A contratação de Pedro, por exemplo, parece ter sido muito problemática, na medida em que fazia parte do projeto de Thomas Tomazzi de "voltar o ensino médico para a comunidade", que parece não ter sido partilhada por todos os componentes deste departamento. Desta forma, grande parte dos médicos não aceitava a

sua participação no DHS.

Havia, como se pode observar pelos depoimentos, a concentração das atividades relacionadas com a organização da população da área em mãos de Pedro e, a consequente dicotomia entre assistência médica e "trabalho comunitário". Não havia, utilizando um fraseado próprio dos médicos, uma efetiva integração entre a Medicina e o "social".

A proposta de criação do PMGC elaborada por Jader B. Cruz foi a primeira tentativa de integração efetiva entre estas duas áreas. Não podemos nos esquecer, entretanto, que este era um projeto médico e mais, que pressupunha o desenvolvimento da Saúde Mental não só na Universidade mas em Vitória (22). Pedro não era nem médico nem psicanalista. Acredito que possa ser válida a suposição de que houve uma estratégia de centralização das decisões, em relação ao PMGC, na esfera médico-psi (23) o que afastou a possibilidade de atuação de pessoas que pudessem, de alguma forma, comprometer esta orientação. A correlação de forças, neste momento, não possibilitava a coexistência de formas diferentes de pensar o "trabalho com a comunidade".

Mas retomando a estória, contam que havia uma pilha de questionários a serem analisados. Roberta se propôs a analisar este material e apontou uma série de falhas na coleta de dados. Dizem alguns que este trabalho de Roberta mostrou que Pedro não trabalhava. Que pesquisava por pesquisar e que os moradores da APM não aguentavam mais pessoas que batiam às suas portas para perguntar sem apresentar resultados. Não creio que se deva aqui

discutir o mérito da questão, mas perceber que esta argumentação servia bem ao projeto de controle do PMGC pela esfera médico-psi.

Podemos observar, ainda pelos relatos, que a estória de implantação do projeto do PMGC não ocorreu de uma forma tão pacífica e organizada como nos fazem supor os relatos oficiais. Contam que havia um "reunionismo" sem fim. Que existiam planos que nunca eram viabilizados, que a Unidade foi feita "ao trancos e barrancos" pelos moradores que pensavam que a estavam construindo para si e que depois perceberam que esta não era deles. Que a Unidade foi inaugurada antes de estar pronta. E que Jader passava o tempo teorizando em cima de modelos americanos. Em um linguajar próprio dos médicos do PMGC, este era um grupo psicótico (24), que perdia o tempo idealizando mas que não conseguia viabilizar as suas idéias.

Desta forma, o que se pode observar é que a saída de Pedro e a inauguração da Unidade de Saúde não significou a definição de questões tais que: o que é médico comunitário, qual deve ser a sua formação, etc. Estas eram questões pendentes, existiam várias concepções sobre elas, pois que dependiam da correlação de forças entre os vários segmentos envolvidos.

Havia, de fato, uma equipe multidisciplinar, sem definição de áreas prioritárias de ensino ou de atuação e sem a contratação de profissionais pela Universidade ou pelo HUCAM. Desta forma, o que era o PMGC era uma questão que tinha a sua definição ligada a um maior ou menor engajamento dos preceptores das várias áreas envolvidas no projeto, e à correlação de forças entre os vários

grupos constituídos.

Quais eram estes grupos após a saída de Pedro, quando a clivagem inicial médicos-psi / sociologia-ortodontia não mais valia? A primeira que pode ser identificada é entre médicos-psi / residentes. Cabia aos residentes dar conta, não apenas de uma formação teórica, mas desenvolver atividades ambulatoriais, hospitalares e "de comunidade". Os preceptores não iam à APM e decidiam à distância o que os residentes deveriam fazer. Deste ponto de vista, a assistente social, que tinha uma atuação entre os moradores da APM estava, plenamente identificada com os residentes.

Entretanto, seria errôneo supor uma homogeneidade do bloco médico-psi. Encontravam-se neste grupo três concepções diferentes: alguns que seguiam uma orientação mais ligada aos pressupostos da Medicina Social e Preventiva, outros ligados a pressupostos psicanalíticos e, finalmente, aqueles ligados a uma concepção médica denominada, dentro do próprio grupo, tradicional. As alianças entre estes segmentos eram variáveis, dependiam do assunto em questão. Mas, era um grupo coeso quando em confronto com os residentes.

Os confrontos e alianças entre estes grupos e segmentos acima identificados apareciam claramente nas discussões quando o que estava em questão era "a relação com a comunidade". Esta era a questão central para o PMBC e, uma vez que um grupo conseguia determinar o que ela deveria ser, mesmo que temporariamente, todo o restante, formação dos residentes e organização do serviço,



ficavam subordinados às suas determinações. Isto pode ser observado, por exemplo, nos organogramas e nas plantas da Unidade de Saúde citados no Cap. I, onde podemos perceber a relação entre concepção do Programa e organização do espaço físico.

Todos os residentes da primeira turma do PMGC tinha uma história de engajamento político ou de atuação em movimentos estudantis (25). Na segunda turma este engajamento já não aparecia de forma tão clara (26). Mas este era um requisito considerado fundamental ao bom desenvolvimento do projeto pois o trabalho realizado entre os moradores da APM era considerado como uma militância política. Com a ressalva de que era definido como uma militância apartidária, onde a luta por melhores condições de saúde deveria estar acima destas clivagens e desembocar em uma transformação social, política, econômica e, sobretudo, da medicina existente neste momento.

Os conflitos começaram a aparecer mais claramente durante o decorrer do segundo ano de formação da primeira turma de residentes. Nas reuniões de Saúde Mental - grupo de autocrítica conduzido por Hugo Guangirolí - houve uma centralização das discussões das insatisfações dos residentes com o PMGC. A divisão do grupo era, neste momento, Hugo - residentes / preceptores do Programa.

Foi neste momento que comecei a trabalhar no PMGC como antropóloga. No início, como minhas atribuições não estavam claramente colocadas, fiquei apenas como observadora. Mas, de alguma maneira, a minha presença significou alguma alteração na

correlação de forças existente.

Os primeiros problemas com "a comunidade": A "culpa" é dos residentes.

Como vimos anteriormente, até meados de 1984, havia no PMGC uma maioria de médicos e psicanalistas que definiam a linha de atuação do Programa e outras categorias profissionais com atuação pouco expressiva. Com o afastamento de Pedro, Aprígio e Ipojucan, a única participante ativa nas decisões do PMGC, que não pertencia à área médico-psi era Roberta, a assistente social. Apesar de sua ligação com a psicanálise, enfatizava a necessidade de uma abordagem menos médica dos problemas que se apresentavam.

Até este período, a não ser pelo conflito sobre como deveria ser o "trabalho com a comunidade" - decorrente da divergência de posição da assistente social e do sociólogo - não havia um questionamento efetivo da estrutura do PMGC estabelecida por Jader B. Cruz. Pensava-se - mesmo que a sua implantação ainda não houvesse ocorrido, o que não era questionado na necessidade de uma formação médica dos residentes acompanhada de um conhecimento que lhes permitisse atuar junto à população de forma a propiciar o surgimento das mudanças desejadas.

Por isso, a idéia da necessidade de uma equipe multidisciplinar que seria, gradativamente, substituída pelo médico comunitário, este sim possuidor de um saber que lhe daria a visão integral do paciente. A equipe multidisciplinar era,

portanto, considerada como uma etapa necessária mas que, com o desenvolvimento do Programa, seria substituída pelo médico comunitário.

Hugo reunia-se todas as semanas com os residentes para discutir a identidade profissional do médico comunitário. Em suas reuniões discutiam os casos atendidos pelos residentes que extrapolavam os limites da abordagem médica tradicional e os problemas enfrentados pelos residentes quando do tratamento destes pacientes. Os conflitos entre preceptores e residentes começaram, neste período, a ser fazer presentes. Estavam ligados, principalmente, ao fato de que os preceptores não mantinham contatos com os moradores da APM e cobravam dos residentes uma eficácia em suas atividades desenvolvidas junto a eles, que era considerada excessiva. A reunião de Hugo passou a ser o local onde eram discutidas estas questões.

Entretanto, Hugo não participava formal e efetivamente do PMGC, o que era considerado como muito problemático pelos preceptores que tinham uma dedicação de tempo maior ao Programa e que consideravam que uma "pessoa de fora", como diziam, não podia polarizar a atenção e as "queixas" dos residentes.

Como vimos, a formação do residente incluía, entre outras coisas, as áreas de especialidade de clínica geral, ginecologia, pediatria, dermatologia, saúde pública, administração de unidades de saúde e saúde mental. Já estava se pensando na inclusão de antropologia e serviço social. O desenvolvimento destas áreas se dava através de discussões teóricas, trabalho ambulatorial,

rodízios hospitalares e "atuação na comunidade", que consistia em reuniões de grupos operativos, de quarteirões, "de comunidade". Havia ainda as outras reuniões já assinaladas no primeiro capítulo.

Devido ao fato de realizarem todas estas atividades os residentes consideravam que "carregavam o Programa nas costas" e que eles e não os preceptores sabiam o que era o "trabalho com a comunidade" - posto que tinham um contato direto com os moradores da APM e os preceptores, todos com dedicação parcial ao Programa, estavam ligados a atividades relacionadas ao ensino e restritas à Unidade de Saúde.

Os residentes diziam-se explorados com esta situação e questionavam a competência dos preceptores para determinar como deveriam se desenvolver os "trabalhos comunitários". É importante assinalar aqui a ambiguidade da posição da assistente social pois, se por um lado, era englobada no grupo "os preceptores", por outro era considerada como estando fora, já que era a única a manter um contato direto e contínuo com o moradores da APM.

A questão da dedicação parcial dos preceptores ao PMGC entretanto, apresentava dois aspectos. Por um lado, não havia um interesse muito grande por parte dos preceptores em desempenhar atividades que implicassem em um contato com os moradores da APM. Por outro lado, o PMGC não dispunha de meios para cobrar esta atividade dos preceptores na medida em que todos eles - vinculados à Universidade e ao HUCAM - não dispunham de carga horária significativa destinada para o Programa. Uma minoria tinha uma

carga horária maior, mas esta não ultrapassava vinte horas semanais.

Havia, ainda, algumas pessoas que trabalhavam no PMGC apenas por considerar a proposta interessante e estas não tinham nenhum tipo de vínculo que possibilitasse uma cobrança das atividades desenvolvidas. Desta forma, não havia como exigir que preceptores participassem de reuniões realizadas à noite ou nos finais de semana. Os conflitos eram frequentes e, muitas vezes, as agressões eram pessoais.

Devido, portanto, a estes tipos de vínculos dos preceptores, a dificuldade em distinguir os problemas decorrentes da estruturação do PMGC e os problemas pessoais era uma constante. Hugo havia canalizado as "queixas" dos residentes e era o seu porta-voz nas "reuniões de segunda-feira". Naquelas às quais comparecia, pois sua frequência não era muito constante.

Ficavam Hugo e os residentes de um lado, queixando-se de sobrecarga de serviço e acusando os preceptores pelos problemas enfrentados com os moradores da APM. Os preceptores de outro, respondendo a estas acusações com cobranças de presença dos residentes e de uma atuação mais eficaz junto aos moradores da APM - afinal a culpa do afastamento dos moradores só podia ser atribuída à negligência ou ineficiência dos residentes (Não eram eles que estavam em contato direto e contínuo com a população?).

Jader, o "Pai" da Medicina Comunitária (27), como era chamado, acima desta turbulência toda. Quando, nas raras vezes em que deixava de lado a sua "postura de escuta" (28), fazia algum

comentário, o tom, mais do que o conteúdo do que dizia, colocava um ponto final no assunto. Apenas temporariamente, pois mais dia menos dia, as mesmas questões estavam de volta.

Estes eram os problemas internos. Os outros eram problemas com os moradores da APM. Muito mais sérios porque, quanto mais tensa e conflituosa esta relação, mais intensos os conflitos internos, mais contundentes as acusações.

Para os preceptores, a culpa da má relação com os moradores da APM era sempre dos residentes que tinham uma grande "resistência" (29) ao "trabalho comunitário" na medida em que este era entendido como questionando uma identidade tradicional do médico. Para os residentes a culpa era dos preceptores que "só sabiam mandar mas não punham os pés na comunidade". Apenas viam alguns de seus representantes nas "reuniões de segunda-feira" ou, quando apareciam, nas "reuniões de comunidade" que eram realizadas aos sábados à tarde.

É interessante observar aqui a concepção existente sobre como conhecer e estabelecer relações com a população da APM que está subjacente a estas acusações que eram trocadas entre residentes e preceptores. Em momento algum, neste período, se pensou na possibilidade dos moradores da APM não aceitarem ou conceberem de forma diferente a intervenção do PMGC. Acreditava-se que "ir até a comunidade" propiciava um conhecimento desta que era, em última instância, "carente" (30). Dentro deste contexto, é possível compreender o porquê das acusações trocadas estarem, em última instância, articuladas em torno da ida ou não até a APM.

As "reuniões de segunda-feira", local privilegiado das discussões acima citadas, tinham uma pauta fixa. Começavam com os informes das "representantes da comunidade". Estavam sempre presentes D. Lia, Ildinete e D. Zilda. Informavam, na maioria das vezes, apenas sobre problemas pessoais dos moradores da APM e solicitavam ajuda aos médicos. Em seguida, havia os informes das equipes primárias de saúde, que constavam de um relato sobre as atividades desenvolvidas pelos grupos e da colocação de algum problema e que deveria ser solucionado. As reuniões sempre terminavam nas seguintes questões: quem é o médico comunitário? qual deve ser a sua atuação, a sua formação? como deve ser feito o "trabalho com a comunidade"?

Considerava-se ainda, que a "presença da comunidade" nestas reuniões (leia-se das três representantes acima citadas) mostrava não apenas a relação igualitária entre Programa e "comunidade" - que o poder de decisão das duas partes envolvidas era o mesmo - mas ainda que as relações entre as duas partes eram boas e satisfatórias. A "comunidade" era concebida como uma população homogênea, com os mesmos interesses e objetivos. Os objetivos de uma "população carente" só poderiam, para eles, serem os mesmos e implicar em conceber como necessária uma melhoria das condições de saúde nos termos em que era proposta pelo PMGC.

Apesar de alguns membros do PMGC alertarem para o fato de "a comunidade", como era concebida, não corresponder ao que se encontrava na área - que havia sido aleatoriamente delimitada em um mapa - e que a participação das representantes apenas estava

significando uma tentativa de dar legitimidade a uma intervenção médica, era ainda, neste momento, quase unânime a concepção de homogeneidade da população da APM e a de que a "comunidade" de fato "participava" da organização e do desenvolvimento do PMGC. Apenas em 1985, como se pode observar pelos escritos de Jader B. Cruz e Rosaura B. Beato, citados no cap. I, começou-se a questionar estes pressupostos.

Mas apesar de discordâncias em relação às estratégias de ação estabelecidas e de motivações pessoais diversas, o que era a comunidade e os objetivos do PMGC eram considerados como pontos resolvidos. As divergências existentes eram interpretadas como decorrentes apenas de discordâncias sobre a maior ou menor eficácia de estratégias adotadas ou de maior ou menor engajamento no projeto do PMGC.

As "reuniões de comunidade", mesmo que contando com uma flutuação no número de participantes, eram, consideradas com funcionamento de acordo com os objetivos e interesses do Programa. Tentava-se a oficialização da Associação de Moradores, que já havia eleito uma diretoria provisória. Eram desenvolvidas atividades de lazer e educação junto aos jovens do bairro. Estava sendo feito um levantamento dos problemas que poderiam mobilizar a população. A sede do PMGC estava construída, a vala em frente à unidade de Saúde havia sido saneada.

Em fins de 1984, portanto, havia uma certa estabilidade na orientação do Programa, apesar dos conflitos internos e de não se considerar ideal a relação estabelecida com os moradores da APM.

Quando da realização de um balanço, sempre se encontrava um saldo positivo.

Mas é, neste momento, que algumas alterações começam a ocorrer. Faltavam preceptores nas áreas de sociologia, pediatria, ginecologia. Começaram a participar do PMOC, pela ordem, eu, como antropóloga, Dr. Talmon, pediatra e Justino Mameri, ginecologista (31). Em início de 1985, entrou uma nova turma de residentes. Eram eles César, Gerusa, Beatriz e Isabel. Beatriz e Isabel sem nenhum trabalho muito significativo em termos de militância política e estudantil. Gerusa, com um trabalho médico desenvolvido junto a uma igreja protestante. E César, com uma longa história de "trabalho comunitário" na Serra (32).

O Muro de Elores: Os primeiros confrontos com os moradores da APM

Entre fins de 1984 e início de 1985, começou a haver, por parte dos residentes e de alguns preceptores, uma grande insatisfação em relação à forma como estava sendo conduzido o PMOC. Esta insatisfação tinha, basicamente, duas formas diferentes de se manifestar. Os residentes questionavam a concepção de formação adequada do residente, na medida em que entendiam que esta proposta implicava na formação de um "super-médico". Era exigido deles, não apenas o conhecimento de várias áreas de especialidade médica, mas também um conhecimento na área das ciências humanas.

Começa a se desenvolver, ainda, uma crítica em relação à intervenção médica junto à população da APM, já que os atritos entre PMGC e "comunidade" não eram passíveis de serem escamoteados, pois vários incidentes estavam ocorrendo.

Havia sido traçada - a partir da entrada de Roberta Giovanotti no PMGC - uma estratégia de atuação junto aos moradores que incluía, além dos residentes, a assistente social e as estagiárias de Serviço Social, em todas as reuniões dos moradores da APM de forma a "fazer emergir o desejo da comunidade". Entretanto, acredito que fica claro pela leitura do capítulo anterior que, se o programa considerava que a sua atuação atendia a uma reinvidicação dos moradores da APM, estes, de seu lado, consideravam que esta intervenção atrapalhava a sua organização não entendendo o PMGC nos termos por ele propostos.

O grupo de Jovens - criado devido a "uma demanda da comunidade", segundo o assistente social e à revelia dos moradores da APM, no entendimento deles - foi um dos primeiros confrontos entre PMGC e moradores da APM, mesmo que não tenha sido reconhecido como tal pelos seus participantes. A versão que foi dada identificava um grande mal entendido e irresponsabilidade por parte de alguns jovens com a consequente contrapartida: a acusação de velhice aos membros da Associação de Moradores (33).

De fato, não estava sendo levado em consideração, nem pelo PMGC nem pela Associação de Moradores - que também concebia a APM como "a comunidade" - que esta era apenas uma área traçada no mapa e que não havia necessariamente uma homogeneidade de interesses e

que, alguns Quarteirões não se concebiam como pertencentes a esta "comunidade" que a Associação de Moradores dizia representar (34).

É interessante observar aqui que, neste sentido, de fato a Associação de Moradores não era representativa da "comunidade" que se imaginava existir na APM. Assim como que, por muito tempo, para o PMGC, a Associação de Moradores, ou mais precisamente, as três representantes com as quais tinham um contato mais direto, eram sinônimo de "a comunidade". Por isso, acredito que, no capítulo anterior, cada vez em que "a comunidade" aparece, tanto no discurso do PMGC como no discurso da Associação de Moradores, de fato, eles estão se referindo apenas ao grupo diretamente envolvido no movimento comunitário.

Existiam, portanto, durante este período conflitos internos e externos ao PMGC. As "reuniões de segunda-feira" eram palco de encontros e discussões entre os grupos. Os preceptores não admitiam mais as interferências de Hugo e os residentes o consideravam como fundamental para o desenvolvimento do projeto. A proposta deste grupo era exigir a presença dos preceptores na APM. Apenas assim os dois grupos estariam em uma posição igualitária e os problemas com "a comunidade" poderiam ser resolvidos.

Neste momento em que os ânimos estavam exaltados, Jader colocou em discussão um projeto de avaliação dos residentes. Este projeto foi considerado por eles com um acinte. Para os preceptores, era uma outra maneira de tentar resolver os problemas referentes ao não desenvolvimento, dentro das expectativas, do "trabalho comunitário". Acusavam a assistente social pelo fracasso

das tentativas de desenvolvimento deste setor.

Havia, além desta cisão já citada, uma divisão clara entre médicos e não médicos. A hierarquia era rígida. Enquanto os médicos eram chamados de "doutor", os outros membros da equipe eram chamado pelo primeiro nome. Todos os cargos de chefia eram desempenhados pelos médicos. Defendia-se a necessidade do ensino de antropologia e serviço social, mas os horários eram ocupados com atividades médicas. Defendia-se a necessidade de "estar em contato com a comunidade", mas a maior parte da carga horária servia a atividades ambulatoriais e hospitalares. E, por mais que os residentes defendessem a necessidade dos preceptores médicos "irem à comunidade", este era um trabalho destinado à assistente social, à enfermeira, à antropóloga e aos residentes.

Depois de várias tentativas de avaliação do PMG através da realização de Mutirões e de estabelecimento de estratégias de atuação junto aos moradores da área, Roberta começa a se afastar do Programa por motivos pessoais. Hugo, também, já estava se distanciando. Mantinha um maior contato apenas com os residentes nas reuniões de Saúde Mental. Todos se acusavam de trabalhar menos do que o devido, de não ter dedicação integral e se culpavam pelo fracasso das estratégias adotadas.

O auge dos conflitos ocorreu logo após uma "reunião de segunda-feira" onde depois de uma análise da situação defendi a necessidade de uma pesquisa para conhecer melhor esta população definida como "comunidade". Traduzi o meu argumento dizendo que eram dois grupos que falavam línguas diferentes. As representantes

da Associação de Moradores estavam presentes e, como sempre, à margem das discussões. Minha intervenção foi entendida por elas como "os pobres são burros e não entendem o que nós falamos". Este fato precipitou os acontecimentos. As representantes da Associação de Moradores se retiraram, definitivamente, das "reuniões de segunda-feira". A responsabilidade dos problemas "com a comunidade" passou a ser minha.

De fato, este foi apenas um dos problemas. Vários outros haviam acontecido além dos já assinalados. É o caso de uma festa que foi realizada na Universidade. As pessoas que dela participaram não fizeram a limpeza de maneira que o trabalho dos médicos pudesse se desenvolver no dia seguinte. Disseram que havia vinho nas paredes e que calcinhas fora esquecidas. O Programa reclamou. A Associação de Moradores acusou o Grupo de Jovens. Não se sabe realmente o que aconteceu, mas recolocou as questões: De quem é a Unidade? Que utilização pode ser feita dela? Ou melhor, qual o lugar da "Comunidade" no Programa?

O discurso do PMBC havia sido, desde o início, no sentido de dizer aos moradores da APM que a Unidade de Saúde era deles. Tanto que esta foi construída em regime de mutirão. Mas o que se podia perceber através dos conflitos era que a Unidade era deles, desde que a sua utilização seguisse os critérios do PMBC.

Dentro deste contexto irá aparecer a discussão sobre o muro que separa a Unidade de Saúde da APM. Os moradores defendiam a necessidade de que ele fosse posto abaixo de forma que a Unidade, que era apresentada como sendo deles, fosse em definitivo

integrada ao bairro. O programa concordava, pois o muro simbolizava e explicava sua relação com os moradores da APM. Ou seja, para o PMGC a causa dos conflitos estava situada em condições de trabalho que não eram consideradas como ideais. Caso estas condições fossem preenchidas - os residentes trabalhassem direito, os preceptores fossem para a área, o muro não existisse - os conflitos seriam solucionados pois, não era uma necessidade da "comunidade" um atendimento médico deste tipo? Não era o que eles queriam?

A Universidade não concordou com esta reivindicação dos moradores que o PMGC fez sua, pois considerou que seu patrimônio deveria ser protegido. Inclusive dos "bandidos" que moravam na área. Plantou, mais ou menos nesta época, uma cerca viva de hibiscus separando o Centro Biomédico da Unidade de Saúde e deixou o muro da frente. Os muros passaram, então, a representar para os membros do Programa (35) a sua situação, tanto em relação aos moradores da APM, como em relação à Universidade. Os dois muros, o de tijolos e o de flores, passaram a ser presença constante nas reuniões.

Acredito que este tenha sido o momento em que houve o reconhecimento da liminaridade do PMGC: dentro da instituição sem, no entanto, fazer parte dela; foram da "comunidade" e pretendendo dela fazer parte. Assim, ele se define de forma clara como uma prática médica alternativa à medicina tradicional - considerada como expropriadora, fragmentada e inadequada a uma concepção mais ampla de saúde - e se propõe a ser o elo de ligação entre

Universidade e "comunidade".

"Bolo dos pobres, bolo dos ricos": A relação entre o PMGC e os moradores da APM

Como podemos observar pelo que foi relatado até este momento, havia dois tipos de problemas enfrentados pelo PMGC. De um lado, podem ser identificados problemas decorrentes da posição do PMGC dentro da Universidade - como a não contratação de pessoal, necessidade de uma hierarquia que obedecesse ao regimento da Universidade, etc. - e outros decorrentes de sua relação com os moradores da APM.

Quando de sua criação havia sido definido que o atendimento médico prestado deveria estar voltado para os moradores da APM entendidos como sendo uma "comunidade". Este atendimento médico era concebido como uma resposta às necessidades de saúde da população em um sentido amplo, qual seja, de atendimento a uma situação decorrente sobretudo de uma situação de classe.

Partindo deste pressuposto, criou-se uma Unidade de Saúde que era definida como sendo pertencente e estando ao lado dos moradores da área eleita para sua atuação e não ao lado de uma instituição identificada com uma medicina fragmentária e expropriadora e que era associada, em última instância, com uma situação política que deveria ser transformada.

Entretanto, se por um lado o PMGC se definia como estando ao lado dos moradores da APM, por outro, ele foi criado como uma

serviço médico ligado ao HUCAM e ao Departamento de Medicina Social, enquanto um local de formação de um especialista em medicina. Assim, mesmo que, por definição, se colocasse como um serviço que deveria responder "à demanda da população", os seus limites de atuação eram determinados pela instituição à qual pertencia. Acredito que isto fica claro quando da negação da Universidade em atender às reivindicações relativas aos muros que cercam a Unidade de Saúde.

Mas, os conflitos entre PMGC e "Comunidade" não podem ser explicados apenas por este aspecto. Um outro fator que contribuiu para a existência de conflitos entre o PMGC e moradores da APM está ligado, a meu ver, à impossibilidade do PMGC em perceber que a sua atuação implicava em uma imposição de formas organizativas que não correspondiam às já existentes em sua área de atuação. Isso se traduz, por exemplo, na diferente nomenclatura da APM utilizada pelo PMGC e moradores (Bairro Eucalipto/APM; Quarteirões/ para a população não existe; numeração SUCAM/ numeração Prefeitura; etc.).

E, finalmente, acredito que os problemas enfrentados pelo PMGC estavam relacionados ao fato de perceberem "a comunidade" como um grupo de pessoas "carentes", fixando ou cristalizando uma identidade negativa e privilegiando uma liderança que, como já vimos não era representativa desta população com a qual trabalhavam. Acredito que este aspecto é facilmente percebido no fato de que a presidente da Associação de Moradores foi sempre a mesma desde o início do PMGC e pelo fato de que esta era entendida

por ele como sinônimo da população que habita a sua área de atuação.

Segundo Alba Zaluar Guimarães (1986:115), podemos dizer que, enfatizando, uma identidade negativa, o PMGC não pode perceber que a sua relação com os moradores da APM era fundada na desigualdade e na hierarquia e não escapou às suas armadilhas que, podem ser "travestidas pela roupagem moderna e sedutora do paternalismo e do populismo disfarçados de compromissos com a libertação popular".

Assim, quando do primeiro aniversário da construção da Unidade Thomas Tomazzi, um outro símbolo da desigualdade destas relações apareceu. Foi realizada uma festa, com a participação dos moradores da APM e do Programa e todos deveriam levar comida ou bebida. Um dos moradores prometeu levar o bolo de aniversário. Como houve um problema de comunicação e não ficou certo se esta senhora levaria mesmo o bolo, um dos preceptores ficou encarregado de providenciar um bolo que seria pago pelos membros do PMGC.

No dia da festa, chegou um bolo grande, branco, enfeitado com pêssegos, uvas e cerejas. Chegou, em seguida, o bolo dos moradores. Um grande campo de futebol com dois times adversários. A situação ficou delicada. Os moradores se ofenderam. Os que chegaram mais tarde e que não puderam comer do primeiro bolo, pois este se acabara, ficaram bravos por não terem comido do "bolo dos ricos". Já na festa, a divisão entre o "bolo dos ricos" e o "bolo dos pobres" aparecera. Os dois times adversários como simbolizando as relações entre o PMGC e os moradores foi uma interpretação

posterior.

Enquanto se desenrolavam estes acontecimentos, entravam no Programa de Residência Beatriz, Izabel, César e Geruza. Hugo continuava participando do Programa, mas bem menos do que antes. Parece que saiu definitivamente apenas quando pôde viabilizar a sua volta para a Argentina. Jader continuava na chefia, mas havia muitas reclamações sobre a sua atuação. Considerava-se que ele, sob a desculpa de uma "escuta analítica" deixava tudo por fazer. Nesta época, ainda era chamado de "Pai" da Medicina Comunitária, mas o tom, quando se utilizava esta expressão, era jocoso. Cobrava-se uma atuação mais firme e prática da chefia.

A Medicina Comunitária, antes encarada pela Universidade como uma experiência que não deveria ser levada muito a sério, já era identificada como uma medicina pobre, voltada para o atendimento de pobres. Era acusada, não só pelos de fora, de fornecer má formação médica aos residentes e de perder tempo com discussões políticas. Dizia-se que a Medicina Comunitária estava formando médicos que sabiam um pouco de tudo, mas que não sabiam medicina.

Internamente, a questão da formação adequada do residente também era discutida. Foi aventada a idéia de que estava se tentando a formação de um "super-médico". Não era muito querer formar uma pessoa que soubesse medicina, sociologia, antropologia, política e trabalho comunitário? E que, além disso, quisesse transformar a realidade? Havia, no entendimento de alguns membros do PMOC, a necessidade urgente de reformulação do currículo e do

Serviço, pois além destes problemas, o volume do atendimento médico havia aumentado.

O PMGC havia, de alguma maneira, se constituído em um lugar onde a população tinha a possibilidade de um atendimento médico diferenciado. As consultas tinham hora marcada, abriam espaço para o paciente falar sobre suas mazelas e doenças. Os médicos eram "bons", como diziam os moradores da APM. E, além disto, era frequentemente visitado por políticos e médicos que queriam ver o "social" de perto ou por aqueles que queriam fazer pesquisas em áreas delimitadas, sem ir muito longe da Faculdade de Medicina ou do Hospital das Clínicas.

Nesta época, o PMGC abriu um espaço, de duas horas semanais, para discussão teórica em antropologia e criou um setor de pesquisa mais amplo, além de um espaço para atuação do Serviço Social (36). Com a implantação destas duas disciplinas no currículo obrigatório dos residentes, começou-se a fazer, de forma mais sistemática, uma análise do PMGC e de sua atuação na APM.

Considerou-se, ainda, necessária a realização de pesquisas que fornecessem informações sobre os moradores da APM de forma a permitir o estabelecimento de relações com os moradores dentro dos pressupostos do Programa. Cada vez mais se dizia que havia a necessidade de "escutar a comunidade", termo que passou a representar a disposição de pesquisar ao invés de agir.

As avaliações do Programa, realizadas durante o Mutirão de 1985, indicavam a necessidade de uma ampla reformulação do serviço e da formação. Os residentes e alguns preceptores do Programa, a

partir de pesquisas que vinham sendo desenvolvidas, começaram a perceber que os moradores da APM questionavam a atuação da assistente social, por considerá-la muito diretiva. Ficaram sabendo de uma pendência em relação às terras ocupadas pelos moradores, que fazia com que eles ficassem de sobreaviso em relação ao PMGC, porque não sabiam até que ponto ele seria ou não uma estratégia da Universidade para tomar o que era deles (37).

Perceberam que a Associação de Moradores não era representativa da população e que, apenas havia sido estabelecida um rede de privilégios de atendimento a pessoas ligadas à sua liderança. Que os moradores da APM não eram uma "comunidade" mas que existiam vários grupos com interesses antagônicos que, muitas vezes, não se percebiam como integrados aos grupos existentes dentro da área delimitada por Thomas Tomazzi.

Foi possível perceber que a Associação de Moradores não queria que o Programa continuasse com o seu trabalho nos Quarteirões, na medida em que isto criava um poder paralelo ao deles. Resolveram que havia a necessidade de uma pesquisa, de forma a favorecer a compreensão da área de atuação do Programa que, agora, percebia-se, não era a "comunidade" ideal com a qual se trabalhara até então.

Os atritos eram frequentes entre os segmentos existentes e dentro do PMGC. As insatisfações dos residentes estavam concentradas nas reuniões de antropologia e nas reuniões de uma das equipe primárias de saúde da qual eu participava.

A questão do poder médico estava presente em todas as

reuniões. O que fazer com o Programa era outra questão que se colocava, decorrente, a meu ver, das discussões anteriormente relatadas. Pretendia-se a realização de um trabalho que transformasse a situação existente, que fizesse a população tomar consciência de sua exploração e constatava-se a existência de uma dominação disfarçada, onde os médicos eram bons porque davam atenção ao pobres, ou porque davam a eles um atendimento ao qual tinham todo o direito. O que fazer frente a isto?

Os residentes alegavam que a proposta do PMGC não levava em consideração as condições da população. A equipe era considerada, por eles, como completamente desarticulada: havia clínicos gerais, médicos de família americanizados, saúde pública desatualizada, assistência social desvinculada da "comunidade". Não havia uma linha única de trabalho e os preceptores eram considerados como descompromissados e desvinculados de uma prática que defendiam.

A oportunidade de os residentes cobrarem dos preceptores uma atuação mais efetiva apareceu com a elaboração de um questionário que deveria ser passado na área, visando a obtenção de informações que permitissem aos residentes o estabelecimento de novas estratégias de atuação. Este questionário (38) era uma solução de compromisso entre as necessidades dos médicos e as necessidades dos residentes. Incluía as questões de sempre sobre moradia, vacinação (era necessário medir o nível de "Carência"), assim como questões abertas que permitissem começar a entender como os moradores da APM percebiam o PMGC.

Quando chegou a hora de definir quem passaria os

questionários, os residentes exigiram que os preceptores fossem para a área. Depois de muitas discussões, ficou estabelecido um número mínimo de questionários que deveriam ser passados pelos preceptores. Concretamente, não significou muito. De fato, foram os residentes, as estagiárias de Serviço Social e a antropóloga que realizaram o serviço. Mas este conflito teve um grande significado em termos de definição dos que estavam ou não engajados com o Programa e forçou uma definição dos preceptores no sentido de tornar claros os limites de sua participação no PMGC.

Nesta mesma época, começou a reestruturação do espaço físico da Unidade de Saúde, visando reorganizar a utilização das salas. A antiga sala de reuniões, que era considerada pelos moradores da APM como sendo deles, mesmo que não a utilizassem o tempo todo, passa a ser ocupada, também, para discussões teóricas. O objetivo era aproveitar ao máximo o espaço disponível, pois o aumento no volume dos atendimentos ambulatoriais havia imposto a necessidade de ampliação da Unidade e a Universidade não havia liberado verbas para isto.

Os moradores da APM que já haviam, sem muito alarde, parado de frequentar as reuniões de segunda-feira, sentiram-se mais uma vez, expulsos da Unidade, pois a utilização da Sala da Comunidade nos horários vagos foi por eles entendida como uma invasão do espaço que era dels. As reuniões eram tumultuadas. Discutia-se a necessidade ou não de participação da Associação de Moradores nas instâncias institucionalizadas do Programa. Alguns defendiam a necessidade imediata desta participação, como forma de resolução

dos problemas. Todas as "queixas" da "comunidade" eram consideradas, pelos preceptores, como causadas pela reformulação da utilização do espaço físico da Unidade.

Como pensa a "comunidade"? A ênfase na pesquisa.

Podemos perceber através deste relato que a relação entre Programa e Comunidade, que já era problemática desde o início, foi se deteriorando ao longo do tempo. Os "problemas com a comunidade" foram acontecendo aos poucos e iam se somando uns aos outros. Mas o confronto entre os moradores da APM e o PMOC não era percebido como tal pelo Programa, e eram relatados e interpretados como decorrência de falta de instâncias de integração entre moradores da APM e PMOC, o que ocasionava uma "falta de diálogo com a comunidade".

Assim, se durante um certo tempo, havia uma aparência de integração entre PMOC e Comunidade, aos poucos os moradores da APM criaram suas próprias instâncias de reunião e passaram a utilizar o PMOC apenas enquanto um serviço médico, com atendimento diferenciado nos termos já expostos. Não compareciam mais às "reuniões de segunda-feira"; os grupos operativos e as reuniões de Quarteirões, ou não aconteciam, ou contavam com fraca participação dos moradores, a Associação de Moradores reunia-se nas casas de seus afiliados.

Mas se, por um lado "atividades com a comunidade" estavam de uma certa forma paralizadas, por outro lado, os residentes

desenvolviam atividade de pesquisa. Foi decidido em reunião que havia a necessidade de um momento de observação e não de ação no PMGC. Começou, então, a estruturação de um setor de pesquisa. Por solicitação dos médicos dentro dos moldes da pesquisa participante de Carlos Rodrigues Brandão. Seu livro, Pesquisa Participante (1981), era considerado por médicos e assistentes sociais de leitura obrigatória.

Houve, neste momento, a implantação de um Projeto de Saúde Escolar na escola do bairro. Pensava-se na necessidade de higienização de um bordel existente na área e que não era aceito pelos moradores. E os residentes observavam, conversavam com os moradores, traziam informações e propunham novas linhas de atuação.

Durante este período, que coincidiu com o afastamento de Jader B. Cruz dos cargos de chefia que desempenhava até então houve o controle do Programa pelos residentes. Os preceptores aliados a eles eram Chiquinho, já contratado pelo Programa, Camillo Chamoun, que assumira a sua chefia, eu, que coordenava o setor de pesquisa recém-instalado. As pesquisas dos residentes, tendo em vista a elaboração de monografias de final de curso, estavam voltadas para a compreensão "de como a comunidade pensava", maneira como era chamada e entendida a pesquisa antropológica. Até esta época, a impossibilidade de cumprimento das prescrições médicas por parte da população era entendida como decorrente de falta de informação e falta de recursos econômicos. Depois destas pesquisas, os residentes começaram a perceber que

havia algo mais por trás desta recusa dos moradores da APM em utilizar as prescrições médicas da forma que eram feitas. A questão da eficácia dos projetos de Educação em Saúde começa a se colocar.

Enquanto estas reflexões iam ocorrendo, as reestruturações curriculares e do serviço iam sendo feitas, pois além de a demanda pelo serviço médico da Unidade haver aumentado muito, entendia-se que havia a necessidade de reformulação geral que incluía, inclusive, a reorganização da ocupação do espaço físico da Unidade de Saúde. Considerava-se que a proposta de atendimento médico existente estava sendo atropelada pelo aumento do número de intercorrências, interpretado como decorrente "do hábito da população em fazer fila para o atendimento pelo INAMPS".

As respostas para estes problemas que surgiam eram encontradas, mais uma vez, no não cumprimento adequado das normas do Programa. As atendentes não faziam um bom agendamento, os residentes não preenchiam bem as fichas dos pacientes. Havia a necessidade, diziam, de boas anamneses (39) que dessem conta, além da doença motivo da consulta, das condições sociais e emocionais do paciente. Enfatizava-se a necessidade de uma boa relação médico-paciente e o desenvolvimento de uma "percepção psi" nos residentes.

As acusações, que se faziam os diversos segmentos existentes, recorriam a argumentos tais que: descompromisso com o Programa, falta de percepção do "social", "resistência" a trabalhos "comunitários". Ou seja, não havia uma negação da proposta inicial e, como as reformulações haviam sido feitas, os

problemas existentes só poderiam ser causados por características pessoais.

Neste momento, começará a haver uma ênfase muito grande nas qualidades subjetivas dos candidatos à residência. A causa de não haver um desenvolvimento adequado do PMGC estava agora localizada nos indivíduos. A acentuação das interpretações psicanalíticas, tanto dos moradores da APM como dos residentes está, a meu ver, relacionada a esta transposição da problemática do PMGC para os indivíduos. Pode-se identificar, nesta época, uma nova divisão dentro do PMGC. De um lado, haviam se agrupado pessoas que supunham que a compreensão dos problemas enfrentados pelo PMGC em sua relação com a Comunidade deveriam ser procuradas nos conflitos e enfrentamentos entre os vários grupos envolvidos. De outro, encontravam-se as pessoas que consideravam que uma leitura psicanalítica dos acontecimentos poderia fornecer soluções para os problemas existentes.

Apesar destes enfrentamentos internos e externos, reinava ainda, no PMGC, um clima de euforia, alimentado, principalmente pelas discussões que aconteciam a nível nacional e que pretendiam tornar a MGC uma especialidade médica e não mais uma experiência alternativa. Acreditava-se que a melhor maneira de transformar a situação política e social, e consequentemente melhorar o nível de saúde da população existente era agir dentro dos espaços institucionais. Podemos identificar, portanto, entre 1983 e 1987, três momentos distintos no PMGC. Um primeiro, onde não existia, ainda, a constituição de grupos e, consequentemente, os

antagonismos não apareceram. Um segundo, onde estes antagonismos começaram a surgir estabelecendo a clivagem entre os médicos e os não-médicos. E, finalmente, um terceiro momento, quando a clivagem principal era entre os psicanalistas e os que pretendiam uma compreensão sociológica/antropológica dos acontecimentos.

A comunidade, apesar de sua posição central em todos os acontecimentos e discussões, não chegou a se constituir em grupo participante dos encontros e conflitos. Acredito que aparece, claramente, tanto na versão dos médicos como na das assistentes sociais, que suas manifestações apenas forneciam o material a partir do qual os grupos existentes elaboravam os seus encontros.

Novas estratégias de atuação foram traçadas como decorrência desta nova correlação entre os grupos. O PMGC traçou novas linhas de atuação no HUCAM, na Universidade, e fora dela.

A proposta de co-gestão da Unidade de Saúde: O fim do PMGC2

Em fins de 1985, Jader B. Cruz retirou-se do Programa. Havia começado a se retirar lentamente. Não comparecia com frequência às reuniões, não se envolvia nas discussões. Camillo Nassar Chamoun e Paulo Peçanha começaram, lentamente, a assumir as suas funções. Até este momento, Jader havia acumulado todas as funções de chefia: chefia de serviço, chefia de Programa, chefia de residência. Com a sua saída, devido às necessidades do Serviço de Saúde Mental e do currículo novo que deveria ser implantado na

Faculdade de Medicina, Camillo Chamoun assume a chefia de Programa e Paulo Pecanha a de Serviço. Jader continuou na chefia de residência, mas agora, restrito Centro Biomédico.

De fins de 1986 até 1988, começa a haver um esvaziamento do PMGC. Se, até fins de 1986, - devido à retomada das discussões sobre a MGC a nível nacional e à possibilidade de implantação de um modelo semelhante ao do PMGC em Maria Ortiz (40), assim como o fato de César Colnago ter sido convidado para o cargo de Secretário de Saúde Municipal - houve um certo clima de euforia, de 1987 em diante - apesar de haver sido feita a reforma da Unidade de Saúde, de haver saído a contratação de Chiquinho, o modelo de Médico Comunitário", os problemas enfrentados pelo PMGC começam a significar, em alguns momentos, uma possibilidade de seu fim.

A saída do PMGC para fora dos muros da Universidade havia desarticulado grande parte do trabalho desenvolvido, devido ao fato de - como já foi assinalado - serem os residentes as responsáveis pela realização de todas as atividades. Além disto, o precedente aberto por estes residentes fazia com que o PMGC não tivesse forças para cobrar dos novos residentes uma participação regular em suas atividades.

A crise econômica ajudava a fornecer argumentos para que não se cobrasse o horário regulamentar que deveriam cumprir. As novas turmas que iam entrando se interessavam cada vez menos por suas propostas. Em uma delas os que foram selecionados não haviam escolhido esta especialidade. Apenas tinha sido a única em que

havia obtido uma classificação.

Dentro deste contexto, começou o que eu chamaria de uma "caça às bruxas". A culpa dos problemas e do fracasso das estratégias estabelecidas foi, mais uma vez, atribuída aos residentes. Só que, como já foi assinalado, sob o viés do indivíduo. As interpretações psicanalíticas proliferaram e justificaram os problemas encontrados.

A relação do PMGC com a Comunidade, que em início de 1987 sofreu um sério abalo com a saída dos residentes da turma de 1985, continuou em franco processo de deterioração. No início de 1988, o PMGC estava sendo utilizado apenas como um serviço médico nos moldes da medicina tradicional, contra a qual pretendia lutar.

Recolocou-se, neste momento, a necessidade de criação de uma equipe fixa no PMGC, que estivesse acima do fluxo dos residentes e que esbarrou, mais uma vez, na impossibilidade de carga horária por parte do HUCAM e da Universidade. Várias pessoas se retiraram do PMGC, seja por motivos pessoais, seja por motivos de não determinação de carga horária, por parte das instituições responsáveis por elas.

Cria força um movimento dos residentes que reivindicava uma maior ênfase na formação e nas atividades médicas, e que queria a supressão da disciplina de antropologia e da exigência de trabalho com a população da APM. A existência de uma quadrilha na APM, já citada na versão das assistentes sociais, forneceu os argumentos para justificar estas propostas dos residentes. Neste momento, eu também me afastei do PMGC para escrever esta dissertação.

Estes acontecimentos acarretaram a reestruturação do PMGC, numa tentativa de adequá-lo ao atendimento médico, dentro do qual será integrado o residente quando do término de sua formação, e a implantação de um esquema rígido de avaliação. Cobra-se carga horária, conhecimentos específicos e, principalmente, engajamento na proposta do PMGC.

A relação com os moradores da APM, depois de passar por um período crítico, foi retomada. Mas os relatórios das estagiárias de SS indicam que não há interesse, por parte da população, em participar das instâncias criadas pelo Programa. Em uma das últimas reuniões, da qual participei, a assistente social fez um relato sobre uma reunião com a Associação de Moradores, onde esta dizia se recusar a servir de cobaia para os novos estudantes de medicina. A avaliação que foi feita desta colocação caminhou no sentido de uma transferência de sua sede para uma área onde não existisse atendimento médico, pois a "comunidade não precisa do PMGC".

Os relatórios das estagiárias de Serviço Social, entretanto, nos apontam para uma retomada das atividades relacionadas com a população.

A retomada das atividades relacionadas com a população culminou, segundo relatórios das estagiárias de SS, em uma proposta de co-gestão da Unidade de Saúde pela Associação de Moradores. As reações a esta proposta de co-gestão, apenas traduzem, em outros termos, os problemas inicialmente colocados ao PMGC. Quem é "a comunidade"? Qual o seu lugar dentro do PMGC?

Qual o seu lugar dentro do PMGC? Qual é a proposta do PMGC?

Em outros termos, "a comunidade" entendida como uma população "carente" e neste sentido homogênea (a "falta de" é comum a todos os seus componentes) é uma concepção que ainda vigora. Como decorrência desta concepção, "a comunidade" deve ser "assessorada" pelo Serviço Social que - como também pode ser observado pelos relatos das estagiárias, é o elo de ligação entre o PMGC e a população da APM (o PMGC vê a "comunidade" que o Serviço Social mostra para ele) - irá ensinar a ela como se organizar e reinvidicar.

Mais uma vez, a "invisibilidade" da Comunidade se faz presente. Ela não é reconhecida enquanto um grupo que pode fazer parte dos enfrentamentos e conflitos. A sua presença forte neste momento não é entendida como uma tentativa de participação nos acontecimentos, mas sim, como: "eles não precisam mais do PMGC", "devemos procurar uma comunidade carente, onde não existem serviços médicos".

A leitura dos relatórios das estagiárias de Serviço Social nos indicam que a transformação mais substancial, na percepção da "comunidade", está relacionada ao fato de que a Associação de Moradores não é mais considerada como seu sinônimo. Mas, de qualquer forma, o PMGC continua pensando que o seu trabalho "não se baseia em pesquisa e sim em inserção na realidade", como aparece em um dos relatórios de uma estagiária de Serviço Social. Ou seja, a intervenção é considerada como prioritária. E a "inserção na realidade" é a chave mágica para o sucesso de sua

intervenção. A questão crucial - no sentido de causa e solução para problemas - para o PMGC continua sendo, após todos estes anos "ir até a comunidade". Ele ainda não se perguntou: **Para ver o quê?**

NOIAS

(1) Thomas Tomazzi, era um médico sanitarista. Chefiou o Departamento de Medicina Social e foi diretor do Centro Biomédico. Era considerado como um homem de idéias avançadas para sua época pois defendia o ensino de sociologia, psicologia e economia aos alunos da Faculdade de Medicina, e a necessidade de "voltar o ensino médico para a comunidade".

Em 1964, delimitou a Área Programática de Maruípe de forma a viabilizar suas idéias.. Dizem que tinha uma grande ligação com entidades internacionais. Fazia um trabalho individual dentro da Universidade. Era, ainda segundo alguns relatos, um homem que aceitava idéias novas porque tinha a capacidade de perceber o que poderia ser aceito e gostava de estar à frente dos acontecimentos.

Era considerado como um grande jogador, que fazia, a nível individual, as articulações necessárias para atingir os seus objetivos. Não havia quando das negociações, e nisto as pessoas são unânimes, discussões nem conflitos, apenas acertos. Todos votavam no que ele queria porque sabiam que teriam retorno.

Tomazzi proporcionou as condições necessárias para as transformações que ocorreram na Faculdade de Medicina viabilizando a articulação de um grupo de psicanalistas e, conseqüentemente,

como veremos, a criação do PMGC.

(2) Verificar a este respeito a nota 4 do capítulo I.

(3) Pedro Florêncio da Cunha Fortes é um sociólogo, ex-seminarista, que veio em fins da década de 70 para Vitória. Conta que fez o seu curso de Sociologia em São Paulo onde realizava "trabalho com comunidades".

Foi contratado por Tomazzi para o Departamento de Medicina Social para viabilizar o seu projeto de "voltar o ensino médico para a comunidade". A sua posição dentro do DMS sempre foi muito controvertida.

(4) Verificar a este respeito os questionários que fazem parte do Anexo I do capítulo I.

(5) Como se verá na conclusão, a reinvidicação da introdução da idéia de "trabalhar com a comunidade" envolvia outros grupos, não necessariamente ligados ao CBM. De forma que o interessante é tentar compreender, em que contexto mais amplo, se insere esta discussão.

(7) É uma assistente social que, desde o tempo em que era aluna do curso de Serviço Social do Instituto de Serviço Social de Vitória, mantido por uma organização religiosa, interessava-se pela Saúde Mental. Formou-se em 1967, mas quando estava no

terceiro ano da faculdade já trabalhava como estagiária do Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Saúde do Parque Moscoso. Foi nesta época que conheceu Liberato T. Schwartz, primeiro psicoterapeuta de Vitória.

Logo depois de formada trabalhou no Juizado de Menores, no Hospital Infantil e na APAE. Seu trabalho estava relacionado com o atendimento de famílias. Trabalhou, ainda, na Secretaria de Ação Social, órgão público ligado ao governo do Estado. Ia aos bairros, com uma unidade móvel, passar filmes e slides em uma campanha de educação da população.

Em 1973, juntamente com Liberato e uma psicóloga, abriu uma clínica de atendimento psicoterapêutico, a Clínica de Orientação Psicológica e Social, que existe até hoje. Esta foi a primeira clínica de atendimento psicológico de Vitória.

Roberta Giovanotti foi analisanda de Hugo Guangioli e participou do grupo de estudos de psicanálise que se reunia no CBM. Foi sócia fundadora do CEPES (Centro de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas) e fez formação em psicanálise. Em 1984, foi para o Colégio Freudiano de Vitória fazer formação analítica apenas como cursista. Continua trabalhando em sua clínica, mas agora com psicanálise.

(7) Jader B. Cruz era, nesta época, um cirurgião geral muito conceituado que chefiava o Serviço de Cirurgia do Hospital Santa Rita de Cássia. Veio do Rio de Janeiro para Vitória, em 1968, para dar aulas na Faculdade de Medicina e considerava que poderia

aperfeiçoar a qualidade do ensino médico, devido a não existir, em Vitória, uma estrutura estabelecida como no Rio de Janeiro.

Fez formação psicanalítica no CEPES, mas antes disto participou do grupo de estudo de psicanálise do CBM. Foi durante certo tempo presidente do CEPES. Deixou a medicina para tornar-se psicanalista.

(8) Com esta expressão está caracterizando uma estrutura médica que não abria espaço para que se repensasse o que estava sendo feito.

(9) Olga Maria Reis e Silva foi responsável pela criação do Serviço de Higiene Mental da UFES e participava, neste período, das discussões da UDE. Era professora da Universidade vinculada ao Departamento de Medicina Social.

Antes de se tornar psicanalista teve três profissões. Formou-se em Letras Anglo-Germânicas, fez jornalismo e foi instrumentadora. Isto no Rio de Janeiro, de onde veio para Vitória. Só então foi fazer o curso de medicina e se tornou psicanalista. A sua vinda para Vitória deveu-se a problemas políticos na década de 70.

Trabalhou no Hospital Adauto Botelho com os novos psiquiatras e participou do grupo de estudo de psicanálise do CBM e da fundação do CEPES. No final de seu curso de medicina procurou Tomazzi e propôs a criação de um internato em Saúde Mental ligado ao DMS.

Tomazzi criou, então, o Serviço de Higiene Mental do HUCAM. Quando se formou, apareceu a oportunidade de ser contratada pelo DMS. Em 1978, participou, juntamente com Liberato e Jader da reformulação da disciplina de Psicologia Médica. Participou, em seguida do grupo de reformulação curricular e da implantação do PMGC. Apesar dos primeiros residentes referirem-se a ela como pertencente ao grupo, não participou de seu desenvolvimento.

(10) Liberato T. Schwartz foi um dos "novos psiquiatras". Retornou do Rio de Janeiro, em 1972, depois de haver feito um curso de especialização na PUC-RJ. Foi a primeira pessoa a se intitular psicoterapeuta em Vitória, e se ocupava dos casos em que não era necessário um tratamento medicamentoso.

Era contratado pela Universidade e lotado no Departamento de Medicina Social. Quando voltou do Rio de Janeiro, Tomazzi criou, para ele, a disciplina Ecosistema, onde ensinava noções de Psicologia Experimental de teoria psicanalítica. As aulas de Liberato na UFES e o seu consultório, em sociedade com Roberta Giovanotti, marcaram o início das transformações no quadro da Saúde Mental existente em Vitória neste momento.

Além de ter participado do grupo de estudo de psicanálise do CBM, da fundação do CEPES, do projeto de Psiquiatria Comunitária de Adauto Botelho e da elaboração e implantação do novo currículo de medicina, participou da implantação do PMGC.

(11) Expressão que subentende a necessidade de uma

intervenção drástica como única maneira para atingir a transformação.

(12) Casal de médicos que participou, desde o início, do PMGC. Ele, com especialização em clínica médica, e ela com especialização em dermatologia. Paulo fez parte da coordenação do PMGC durante o ano de 1985. Pessoas muito religiosas, defendiam a necessidade do médico auxiliar os seus semelhantes. Paulo Peçanha afastou-se do PMGC em 1986/7 mas Angélica continua coordenando as discussões teóricas de dermatologia.

(13) Camillo Nassar Chamoun fez o curso de medicina na UFES, terminando-o em 1978. Quando jovem participou de movimentos de Igreja em Cachoeiro de Itapemirim (cidade localizada ao sul do Espírito Santo), local de onde veio para Vitória.

Durante o seu tempo de estudante participou das reuniões clandestinas que visavam a reabertura do DCE, apesar de dizer que não comunga com idéias radicais. O seu contato "com a nova problemática de saúde" veio através de suas relações com colegas e professores do CBM que se diziam de esquerda ou que eram ligados às CEBs.

Segundo ele as discussões nesta época apenas enfatizavam a necessidade de serem profissionais da saúde e não doença. Depois de terminar o seu curso de Saúde Pública, e como havia sido contratado pela Universidade foi mandado por Thomas Tomazzi para o Projeto do PMGC. Começou a participar do grupo a contragosto e,

somente depois de algum tempo, começou a ter uma atuação efetiva.

Estudou psicanálise no Colégio Freudiano de Vitória e estuda e leciona, atualmente, no Campo Significante de Estudos psicanalíticos. Há não muito tempo, deixou a medicina e tornou-se psicanalista.

(14) Ver a este respeito o trabalho **A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitário**: é preciso observar que este trabalho circula sem referências e não foi possível localizá-las. Suponho ser do próprio Busnello ou alguém do RGS que estudou este Programa e escreveu uma dissertação sobre ele que foi apresentado à UFRGS.

(15) Rosaura B. Beato estudou medicina na UFES porque queria ser psiquiatra. Em 1975, quando estava no quinto ano da faculdade optou por Saúde Pública devido ao fato de haver percebido que psiquiatria não da era, exatamente, o que queria, e não haver psicanálise em Vitória.

Em 1977, começou a trabalhar no CRUTAC (órgão ligado à Sub-Reitoria da UFES) que mantém a relação entre a Universidade e "a comunidade". Entretanto, já em 1976, havia começado a fazer terapia. Em 1978, escolheu Hugo Guangirolli como psicanalista e, em 1981, começou a estudar psicanálise no CEPES onde se encontra até hoje.

Em 1982, começou a fazer atendimento em Saúde Mental e a voltar para o Centro Biomédico. No início de 1983, foi levada por

Liberato T. Schwartz para lecionar Psicologia Médica, juntamente com Olga Maria Reis e Silva e Sérgio Passos - também psicanalista-, mas desde 1982 já participava das discussões da equipe do PMGC.

(16) Pela ordem: as duas primeiras, enfermeiras, professoras da UFES; pediatra ligado ao PEP; ginecologista, ligada ao HUCAM; clínica geral, também ligada ao HUCAM.

(17) Alguns Serviços do HUCAM são localizados em blocos separados do corpo do hospital que são denominados "casa". Era em um destes blocos que funcionava o serviço ambulatorial do PMGC.

(18) Estas foram as representantes dos moradores da APM desde o início do PMGC. Ildinete, professora primária, é a presidente da Associação de Moradores do bairro e a pessoa que mantém um contato mais constante e direto com o PMGC.

(19) Psicanalista argentino que veio para o Espírito Santo em 1976. é considerado como o "pai" da psicanálise em Vitória. Foi considerado como a pessoa que sabia, não só psicanálise, mas também o que era o "trabalho com comunidade". Participou de quase todos os serviços médicos ou psiquiátricos que se definiam como "voltados para a comunidade", existentes nesta época.

(20) Francisco José da Silva, o Chiquinho, teve, desde muito

cedo ligação com movimentos populares devido à influência de sua família, que era muito religiosa e ia ajudar nos bairros pobres de Castelo, cidade do interior do Estado, na qual morava.

Quando foi para Colatina (interior do Espírito Santo), para fazer o curso científico, teve a sua primeira experiência em "trabalho comunitário" através de um projeto da FESBEM (Federação do Espírito Santo para o Bem Estar do Menor).

Durante o período em que fez o seu curso de medicina na UFES, participou da reorganização do movimento estudantil. Mas o seu primeiro trabalho ligado à saúde e envolvendo movimentos populares aconteceu quando prestou uma assessoria a um movimento reivindicatório surgido na Serra (cidade pertencente à região da Grande Vitória).

Quando terminou o curso de medicina pretendia fazer uma especialização em Saúde Coletiva. Mas como não existia este curso em Vitória e não queria se mudar, escolheu uma especialização e Clínica Médica. Neste momento, ouviu falar no projeto do PMGC. Participou com Ernesto e Anselmo da elaboração do projeto.

(21) Maria do Carmo, terminava nesta época a sua residência em Pediatria e fazia parte da Associação dos Médicos Residentes do Espírito Santo. Ernesto e Anselmo participaram do movimento estudantil.

(22) Ver a este respeito "Os Quatro Cavaleiros do Apocalipse" (1989), onde analiso o processo de implantação da psicanálise em

Vitória e levanto a hipótese de que ela se constitui enquanto uma estratégia dos "novos psiquiatras", de forma a ocupar o espaço até então ocupado pelos "antigos psiquiatras".

A implantação da psicanálise em Vitória desenvolve-se em duas frentes: dentro da Universidade, através do Serviço de Higiene Mental e do Departamento de Medicina Social, e fora da Universidade, através do CEPES.

A implantação da psicanálise na Universidade será utilizada para questionar o modelo médico existente e irá desembocar na reestruturação do currículo do curso de Medicina. O PMGC, como pode ser observado pelas biografias citadas nas notas de rodapé deste capítulo, foi idealizado por pessoas ligadas à psicanálise, que pretendiam uma ampliação de seu espaço de atuação.

Neste sentido, considero possível pensar o PMGC como uma das estratégias utilizadas para a ampliação de espaço da Saúde Mental na Universidade, e mesmo em Vitória. Assim, da mesma forma que a psicanálise trabalhava com a contraposição de uma psicanálise, concebida como salvadora, e de uma psiquiatria considerada como organicista e exploradora, o PMGC trabalhava com a dicotomia medicina oficial - medicina alternativa, como justificativa para os seus objetivos.

(23) Expressão utilizada pelos psicanalistas quando não pretendem fazer uma subdivisão entre psicanálise, psicoterapia e psiquiatria.

(24) No Jargão psicanalítico seria um grupo dissociado , ou seja, um grupo que não consegue planejar e praticar o que se propõe como objetivo.

(25) Verificar as biografias da primeira turma de residentes nas notas de rodapé deste capítulo.

(26) Maria do Carmo Dois, como era chamada, era ligada ao Movimento de Mulheres; Paulo Pittol à Saúde Mental, tendo sido aluno do CEPES e Francisco Feu, era considerado pelo PMGC como uma pessoa que fazia política em benefício próprio.

(27) Da mesma forma que Hugo, por ser o introdutor da psicanálise no Estado era chamado de "Pai" da psicanálise, Jader era chamado de "Pai" do PMGC. Está implícita nesta designação não só a idéia de pai - como normatizador - mas também a idéia de fundador.

(28) Verificar nota 13 do capítulo I.

(29) No decorrer do tratamento psicanalítico, dá-se o nome de resistência a tudo o que, nos atos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Por extensão, Freud falou de resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição às suas descobertas na medida em que elas revelavam os desejos inconscientes e infligiam ao homem um "vexame psicológico"

(Laplanche e Pontalis, 1970: 595,596).

(30) Interessante observar aqui que esta concepção de "carente" existente entre os médicos e assistentes sociais assemelha-se às concepções encontrada à partir do século XVI sobre os selvagens. Como diz Laplantine (1988:41) "...este discurso sobre a alteridade, abre o grande leque de ausências: sem moral, sem religião, sem escrita, sem Estado, sem consciência, sem razão, sem objetivo, sem arte, sem passado, sem futuro. Cornelius de Pauw acrescentará, até no século XVIII: 'sem barba', 'sem sobrancelhas', 'sem pelos', 'sem espírito', 'sem ardor para com sua fêmea'. "Entendo que, em outros termos, as concepções sobre a "carência" que é tomada como padrão para definição do que seriam as classes populares, baseiam-se em pressupostos semelhantes aos utilizados para a definição do selvagem em estudos do tipo assinalado.

(31) Em 1985, Dr. Talmon Fonseca foi convidado para participar do PMGC. Era ligado ao PEP e tinha um bom relacionamento com os moradores da APM pois, como pediatra, já tinha tido contato com eles. Veio da Bahia para o Espírito Santo em 1954, através do GESP, para desenvolver um projeto de saneamento do Vale do Rio Doce.

Chegou a Vitória em 1961, começando a trabalhar no Centro de Saúde de Vila Velha. Com a fundação da Faculdade de Medicina, foi contratado como professor e começou a desenvolver, à partir da

proposta de Tomazzi, um serviço de pediatria "voltado para a comunidade".

Justino Manreri, ginecologista, com residência no Rio de Janeiro onde desenvolveu grupos operativos com gestantes.

(32) César Colnago participou do movimento estudantil durante a sua graduação e participou do Movimento de Saúde da Serra do qual Chiquinho também fez parte. Mais ou menos em 1979, entrou para o "Partidão". Morava com um amigo e estudava Marx e Martha Haenecker.

Depois de um certo tempo, devido a considerar que as discussões dentro do partido eram muito restritas, desligou-se e resolveu fazer algum curso de especialização na área de medicina. Diz que queria tentar "viver a comunidade" dentro da Universidade.

Havia conhecido Hugo Guangirolli e tomado conhecimento do PMGC. Em 1985, fez o exame de seleção e foi aprovado. Foi considerado como um dos residentes modelo devido, principalmente, ao seu engajamento político anterior que lhe permitia um bom relacionamento "com a comunidade".

(33) O Grupo de Jovens, como aparece nos relatórios das estagiárias de Serviço Social, foi pensado pelo PMGC como sendo um pedido da Associação de Moradores. Entretanto, no Grupo de Jovens encontravam-se duas pessoas - a sua presidente e um outro membro - que pretendiam - como aparece na fala da presidente no relatório nº 4, - a presidência da Associação dos Moradores.

Desta forma, apesar do PMGC não reconhecer este fato, o Grupo de Jovens era pensado pela Associação de Moradores como um poder paralelo ao seu, criado pelos médicos, tendo em vista a obtenção do controle da área.

(34) Esse é o caso do Quarteirão que ficava sob a responsabilidade da Equipe Primária de Saúde à qual eu pertencia, que se identificava com outra Associação de Moradores que não se localizava na APM.

Os seus moradores não participavam das reuniões da Associação de Moradores do bairro Eucalipto, e era entendido por esta como um grupo, criado pelo PMGC, para interferir em sua esfera de influência.

(35) Ver a este respeito o relato feito sobre o Muro de Flores no capítulo I.

(36) Verificar no capítulo I, o segundo organograma implantado no PMGC e a descrição das instâncias do Programa.

(37) Verificar a este respeito a descrição da presidente da Associação, nos relatórios das estagiárias de Serviço Social, sobre como a Universidade derrubou um barraco que era dela e que deveria servir de sede para a Associação de Moradores.

(38) Ver a este respeito o questionário do Anexo I do

capítulo I.

(39) "... Histórico dos aspectos subjetivos da doença desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, historia pequena..." (Dicionário médico 1969:60).

(40) Ver a este respeito o Cap.I.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pessoa não especializada

CONSIDERAÇÕES FINAIS:
Como pensar estas estórias.

Introdução

Como já disse na apresentação desta dissertação, a forma por mim escolhida para relatar os dados coletados durante os quatro anos de pesquisa de campo - realizada no PMGC - Vitória - deveu-se mais às minhas dificuldades em encontrar uma forma adequada para relatar o que havia observado do que a uma opção teórica.

Não estou querendo, com esta afirmação, desconhecer as implicações de minha escolha e a relação que têm com as discussões sobre a presença do autor nos textos antropológicos (1) tão em voga nos dias de hoje. Assim como considero necessário ressaltar que o fato das histórias dos médicos e assistentes sociais terem sido escritas por mim - mesmo que baseadas em documentos por eles produzidos e mesmo que tenham sido por eles revistas - já é, por si só, uma interferência, feita por mim, em suas narrativas. Que é, em certa medida, a minha "voz" que conduz a narrativa.

Assim, estas histórias foram reconstituídas sob a forma de um bricolage intelectual (LÉVI - STRAUSS, 1970:38) que, como assinala este autor, implica em que, entre outras coisas, "não se limita a cumprir ou executar; fala, não somente com as coisas, como já o demonstramos, como, também, por meio das coisas: contando, pelas escolhas que faz entre possibilidades limitadas, o caráter e a vida de seu autor. Sem jamais completar seu projeto, o bricoleur põe-lhe sempre algo de si mesmo" (LÉVI - STRAUSS, 1970:42)(2)

Entretanto, não pretendo com estas ressalvas dizer que a subjetividade, que está presente nos textos antropológicos,

invalide qualquer tentativa de reflexão teórica. Apenas considero que apresentar os dados sob a forma de três histórias, uma das quais a minha, possibilitaria, não apenas ressaltar as diferentes concepções possíveis sobre um mesmo objeto, como forneceria as informações necessárias para a minha análise. Pois, acredito que, ainda como diz Lévi-Strauss, assim como os totens são bons para serem pensados, as histórias não devem ser uma excessão.

Desta forma, identificarei, brevemente, os pontos que considero passíveis de reflexão a partir dos dados apresentados. Em primeiro lugar, seria preciso esclarecer o porquê de minha escolha haver recaído sobre um objeto de estudo que se apresenta, à primeira vista, como obra de um grupo restrito de médicos. Esta escolha, possibilita, no meu entender, uma reflexão mais ampla sobre as transformações pelas quais passou a medicina, desde a década de 70, no Espírito Santo. A década de 70 foi um período de transformações profundas no Estado e a "preocupação com a comunidade" não ficou restrita à medicina e, muito menos à Medicina Comunitária. Ela apareceu em vários setores da sociedade capixaba e, no caso que nos interessa irá se constituir em uma referência, a partir da qual, um certo tipo de saber médico e psicanalítico será elaborado.

A questão que é colocada, inicialmente, pelos meus dados é, portanto, sobre o porquê de um tipo de medicina, que não teve impacto maior em outros locais do país (3), assumir, no Espírito Santo, uma posição de destaque. Esta questão é, em parte respondida pela história do Estado que nos sugere que, quando a

saúde da população apareceu como preocupação para os médicos, não só o país estava passando por um momento político muito específico, como o Espírito Santo passava por um processo de industrialização, tardio e induzido, que trouxe um grande contingente populacional do campo para a região de Vitória e Grande Vitória.

Esta população, entendida pelos médicos como "carente" e doente, devido à existência de um Estado arbitrário e de uma sociedade desigual, se colocará, a partir deste momento, como objeto de reflexão para um grupo de médicos que se definia como "de esquerda" ou como "inconformado", não só com a realidade social com a qual se defrontava, mas, também, com a situação em que se encontrava a medicina em seu Estado.

Neste momento, uma outra questão se coloca. Como entender que um projeto - definido por vários autores (4) como instrumento de controle de populações marginalizadas do processo produtivo - pudesse ser pensado, por este grupo de médicos, como um instrumento de transformação da realidade e mesmo, como sendo um projeto "revolucionário"? Apresenta-se aqui a necessidade de analisar este projeto, não só dentro do contexto mais amplo das transformações do Estado mas, também, em relação às transformações que estavam ocorrendo no campo médico.

Somente assim, considero possível responder às questões já levantadas na apresentação desta dissertação, quais sejam: a) no que consiste este Programa enquanto proposta médica e enquanto organização decorrente desta proposta no contexto do Espírito

santo? b) o que ocorreu, entre 1984 e 1988, que fez com que o mesmo problema - o "relacionamento com a comunidade" - suscitasse entendimentos diferentes quanto às estratégias adotadas pelo PMOC? ; c) o que faz com que "a comunidade" seja, ao mesmo tempo, a sua "razão de ser" e "invisível", no sentido atribuído por Scorza a este termo, no texto que abre este trabalho?

São estas as questões sobre as quais procurarei refletir. No primeiro sub-título, retomo a história do Estado para sugerir que a Medicina Comunitária pode ser pensada como uma "tradição" no Espírito Santo. No segundo e terceiro, procuro situar o PMOC dentro da medicina existente em Vitória e assinalar os seus desdobramentos. No quarto sub-título, procuro pensar sobre o lugar reservado, pela população da APM, para o PMOC.

"Quanto mais caminhos houver, mais descaminhos haverá".

A Medicina Comunitária como uma "tradição" no Espírito Santo.

É a partir desta frase do Conselho Ultramarino sobre a política da Coroa para o Espírito Santo, que a maioria dos autores capixabas articula as suas interpretações sobre o descompasso existente entre o desenvolvimento de seu Estado e outras regiões do país. Associam a este fato a especificidade da imigração aqui encontrada e a política de desenvolvimento adotada, desde fins da década de 60, e traçam com isto, um retrato, econômico e político, onde as desigualdades sociais são extremamente acentuadas (5).

Mesmo que algumas críticas possam ser feitas aos estudos existentes sobre o Estado, estes mesmos estudos nos oferecem pistas interessantes para a formulação de hipóteses sobre o processo de medicalização do Espírito Santo, mais especificamente, da região de Vitória e Grande Vitória. Para formular estas hipóteses, considero necessário retomar a obra de Roberto Machado (1978) sobre o processo de medicalização da sociedade brasileira (6).

Para Roberto Machado, somente em um determinado momento de nossa história - o século XIX - nasce um tipo específico de medicina que, "pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira geral" (MACHADO, R. 1978:54), pode ser chamada de medicina social.

Com o advento da medicina social haverá um deslocamento da preocupação com a doença, característica do período colonial, para a saúde, para o controle das virtualidades. O médico torna-se, então, um cientista social, um planejador urbano, um analista de instituições, planejando e agindo em todos os setores do corpo social.

Haverá, assim, a formulação de uma política científica, elaborada por cientistas pertencentes ao aparelho do Estado, sem pretensões à neutralidade científica. Este deslocamento dos problemas de saúde da Sociedade de Medicina para os aparelhos especializados, foi decorrente de um novo tipo de conhecimento que absorveu o indivíduo como elemento, em um saber que "passa a a ter como objeto a população e sua relação com o meio natural ou

social" (MACHADO, R. 1978:251). Aparece, então, um novo tipo de prática médica e, conseqüentemente, a necessidade de autoridades constituídas para preservar a saúde através de uma série de lutas que são, em última instância, políticas.

Esta nova medicina é essencialmente urbana e uma ciência humana, pois a saúde é concebida como algo que deve ser conservado ou produzido, para proteger o homem contra o perigo que ele mesmo representa. O discurso médico, portanto, esquadrinha, classifica, ordena e vigia a Cidade, a Escola, o Bordel, a Família, ou seja, todas as instituições que têm a mesma características da cidade onde se situam, pois são necessárias, apesar de focos de doença.

Assim, a medicina social é decorrente de uma relação entre medicina e sociedade, que se dá através do corpo urbano que possui e produz a doença e a morte. Como diz Machado: "A medicina é social por detectar na cidade as causas de um estado patológico da população e formular um projeto de normalização da sociedade com condição para produzir o estado positivo de saúde" (MACHADO, R. 1978:353).

Esta análise de Roberto Machado do processo de constituição da medicina social, quando aplicada ao Espírito Santo, nos sugere algumas considerações. Em primeiro lugar, podemos observar que não se constitui no Estado, uma medicina dentro dos moldes propostos por Machado, e em segundo lugar, que, quando surge a preocupação com a saúde da população, a resposta será, não uma medicina social, mas uma "medicina comunitária".

Através da leitura de alguns escritores e analistas locais

(8), podemos supor que, antes da década de 70, houve, apenas esporadicamente, a preocupação com a saúde da população. Isto deveu-se à peculiaridade do processo de transformação político-econômico de Espírito Santo, que não propiciou as condições necessárias para o aparecimento de um projeto político de saúde e, muitos menos, para a sua articulação com as autoridades constituídas.

Vejamos os dados que podem sustentar esta hipótese. Segundo estes autores citados, a Capitania do Espírito Santo - durante os séculos XVI, XVII e XVIII - teve um desenvolvimento precário decorrente de falta de recursos dos donatários, má administração e, principalmente, de uma política da Coroa que a elegeu como barreira natural contra possíveis ataques à Minas Gerais, não permitindo, assim, a sua inserção nos fluxos econômicos existentes até então.

Esta política trará, ainda segundo estes autores, sérias consequências para o desenvolvimento do Espírito Santo. Desta forma, em fins do século XVIII, a Capitania estava escassamente povoada, não tinha infra-estrutura de transporte e comunicação, sua estrutura administrativa funcionava precariamente e estava, além de endividada, com poucas possibilidades de recuperação econômica.

Estes autores indicam, ainda, que a assistência médica durante este período foi prestada, quase que exclusivamente, por jesuítas e que as maiores vítimas das epidemias eram os índios, já que a população branca era muito reduzida. Somente em 1798 foi

designado um médico para o destacamento militar do Rio Doce, pode-se supor que a preocupação com a saúde da população que aparece, principalmente em Maria Stella de Novais (1964 e sd) e José Teixeira de Oliveira (1951), é mais uma preocupação dos autores do que da época.

Podemos supor ainda que, até o final do século XVIII, a não ser por uma precariedade ainda maior, a saúde da população, no Espírito Santo, não se afasta do quadro geral traçado por Machado e ainda, como a faz Paula Montero (1985), que deveria haver uma predominância de práticas médicas populares ligadas ao índio, aos fazendeiros e aos jesuítas.

A consequência da política da Coroa - bem traduzida na frase do Conselho Ultramarino que dá título a este capítulo - foi uma situação peculiar no século XIX. Haroldo Correa (sd) nos sugere em seu trabalho que - devido a este quadro já traçado - houve um processo de imigração que visava, não o fornecimento de mão-de-obra assalariada para as grandes fazendas de café, mas o povoamento do Estado. Este tipo específico de imigração irá propiciar o surgimento de pequenas propriedades, exploradas por mão-de-obra familiar, como forma de ocupação do território.

A reprodução das pequenas propriedades, assegurada em parte pela exploração econômica voltada para a subsistência, que permitia, através de redução de gastos, manter a propriedade mesmo em períodos de crise do café, aliada à manutenção da monocultura cafeeira até um período recente e à ligação do Espírito Santo ao Rio de Janeiro, não possibilitou a acumulação de capital mercantil

e, consequente, a implantação de indústrias (8). Assim, tanto a industrialização quanto a urbanização do Estado ocorreram tardiamente (9).

Admitindo este retrato do Espírito Santo, podemos supor que não existiam as condições necessárias para o surgimento de uma medicina social devido, principalmente, ao fato de inexistir uma área urbana significativa e de haver o predomínio dos interesses agro-esportadores (10). A questão do espaço urbano limpo e ordenado, fundamental para a medicina social, só irá se colocar nos momentos em que existem tentativas no sentido de desenvolvimento do Porto e de industrialização do Estado (11).

Não estou querendo dizer, com isto, que o discurso da medicina social não tenha tido ecos no Espírito Santo. Apenas considero que, neste caso, priorizar a análise dos documentos produzidos pelos médicos (12), seja em instituições médicas por excelência, seja no âmbito das políticas de governo sem levar em consideração os fatores acima citados - nos levaria "à instauração de uma história universal por meio de destruição das histórias particulares" (GIANOTTI, citado por CORREA, M. 19825:25).

O Espírito Santo teve grandes médicos sanitaristas, mesmo no século XIX, porém, sintomaticamente, não atuaram em seu próprio Estado (13). E, os dados nos sugerem que não chegaram a constituir um projeto político nem a deslocar a preocupação com a saúde para os aparelhos especializados, a não ser esporadicamente, não se constituindo, portanto, em apoio indispensável ao poder do Estado.

Assim, durante o século XIX, houve um momento em que se pode observar um bom número de profissionais médicos na Província (OLIVEIRA, J.T. 1951:323). Mas, estes médicos estavam localizados na região de Campo de Goitacazes que foi, em uma das definições de limites da Província, anexado ao Rio de Janeiro (OLIVEIRA, J.T. 1951).

Ou, ainda, que - quando a preocupação com a saúde, nos moldes da medicina social, aparece - como nas atas da Santa Casa de Misericórdia (SCHWAB, A. 1945) - verifica-se que a implantação de táticas necessárias para a sua viabilização não acontece. E que, mesmo existindo, quando do governo Jerônimo Monteiro (NOVAES, MS. 1979) ou do interventor Punaro Bley (ZORZAL, M. 1986) podemos pensá-la como temporária e decorrente de interferências externas, não significando que houve uma organização dos médicos locais em torno destas idéias (ZORZAL, M. 1986).

Assim parece que, somente a partir de fins da década de 40, através do SESP e de seu projeto de saneamento dos vales do Brasil, implantado em Colatina, no Vale do Rio Doce e, ao que tudo indica, ao esforço individual e utilização de relações de parentesco com políticos bem situados, é que se pode falar em preocupação com saúde pública no Estado (14).

Desta forma, esta preocupação somente aparecerá, de forma mais sistemática e efetiva, com a fundação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo - cujo decreto de fundação data de 1958 - mas o início de seu funcionamento de 1961. A criação da Faculdade de Medicina propiciará a aglutinação

dos médicos em torno de um projeto comum, a formação local de novos profissionais, e o desenvolvimento da preocupação com saúde da população.

Mas, neste momento, a preocupação com a saúde da população assumirá uma coloração, não só da época, mas local, sendo traduzida em uma preocupação com "a comunidade". A questão que se coloca neste momento é sobre o porquê desta referência à "comunidade" no discurso médico capixaba. Acredito que algumas hipóteses podem ser aventadas.

Em primeiro lugar, uma possível explicação pode estar relacionada com o fato de que o aumento da taxa de urbanização de Vitória se dará - ressaltando os casos esporádicos relacionados com os períodos de alta de café - no pós-64, em decorrência dos "Grandes Projetos Industriais viabilizáveis à base de capitais estrangeiros associados ao capital estatal, e que se resumiria em três complexos: siderúrgico, químico e portuário" (DOIMO, A., 1984:42).

Desta forma, na década de 70, Vitória e Região da Grande Vitória contarão com um grande contingente populacional, de renda muito baixa, à disposição dos médicos para um projeto de medicina comunitária, que segundo Donnangelo (1979), teria a "pobreza" por objeto.

Este argumento não explica, entretanto, o fato de que esta medicina, criada, inicialmente, como uma forma de controle das populações marginalizadas do sistema produtivo, ter sido pensada, não só no Espírito Santo, como "revolucionária", e possibilitando

a transformação da sociedade(15). Duas explicações podem ser aqui aventadas, para o caso do Espírito Santo.

A primeira seria de que, quando surge no Estado uma medicina voltada para a sociedade e para o indivíduo, ela terá um caráter "comunitário", devido ao fato de ter surgido em um momento de nossa história política - o processo de redemocratização da sociedade - quando a questão da organização da população era prioritária.

Dentro deste contexto, a medicina comunitária, pode ser entendida por um grupo de médicos "que não queria fazer o seu ganha-pão em cima da pobreza", como uma maneira de organizar a população, definida por eles como uma "comunidade", de forma a mostrar-lhe que a saúde está intimamente relacionada com as condições econômicas, sociais e políticas, e que o cuidado com a saúde traria uma possibilidade de transformação destas condições.

É, portanto, no fato de ser contra uma situação de desigualdade social, entendida como decorrente de um Estado autoritário e expropriador, que a medicina comunitária do Espírito Santo encontrou os argumentos para se definir contra as instituições existentes, contra o Estado, entendido como sistema político vigente, e, desta forma, como "transformadora" e "revolucionária".

Esta seria uma primeira explicação que, no entanto, não será aqui desenvolvida. A outra estaria, a meu ver, relacionada com os problemas encontrados pelos médicos quando de sua decisão de pensar a medicina como um instrumento de transformação da

sociedade. Mas estes problemas estão localizados, principalmente no campo médico. Este será o próximo assunto a ser discutido.

Antes de passar a estas considerações, entretanto, seria preciso dizer que a medicina comunitária pode ser pensada como uma "tradição" no Espírito Santo, no sentido de que o saber médico, que entendeu a sociedade como objeto de intervenção, teve a sua origem em uma momento em que a "comunidade" era pensada como o local por excelência onde deveria ocorrer a sua atuação.

"O caldeirão fervente da Instituição Psicanalítica":

As ligações entre Medicina Comunitária e Psicanálise.

A década de 70, como já disse, foi um período de grandes transformações no Espírito Santo. No âmbito da Faculdade de Medicina as transformações estavam, também, acontecendo. Este será o período em que as mudanças nas concepções médicas começarão a ocorrer.

Segundo depoimentos de meus informantes, a medicina que se fazia em Vitória, antes da implantação da Faculdade de Medicina, era essencialmente curativa e, somente depois de sua criação haverá a aglutinação dos médicos locais em torno de um projeto comum.

Entretanto, apesar da delimitação da Área Programática de Maruípe datar de 1964 - e dos depoimentos e escritos dos médicos assinalarem que, desde esta época, Tomazzi queria "voltar o ensino médico para a comunidade" - somente na década de 70 esta proposta

começa a se concretizar. Isso pode ser observado pela data de implantação dos projetos na APM, já citados no capítulo I.

Mas, as maiores transformações serão ocasionadas por um grupo de médicos que, a partir de 1976, se liga ao projeto de implantação da psicanálise em Vitória. Creio que já chamei a atenção para o fato de que a biografia das pessoas envolvidas no PMGC, está relacionada ao estudo ou exercício da psicanálise e a uma atuação política definida, por eles, como "de esquerda". Quero agora me deter nas relações entre a psicanálise e as transformações das concepções médicas que desembocam na criação do PMGC.

Os relatos existentes sobre a medicina que se faziam no Espírito Santo, antes da década de 70, através de histórias repetidas exaustivamente, quase sempre sem os nomes das pessoas envolvidas e sem uma periodização estrita, identificam uma época, quase mítica, onde o respeito pelo paciente não existia, onde o objetivo maior era a obtenção de ganhos financeiros, que se opõe a uma outra, possível apenas com o advento da psicanálise (16).

Assim, antes da década de 70, havia na Faculdade de Medicina da UFES, a exposição de pacientes em função dos interesses médicos, a visão fragmentada do paciente e uma hierarquia rígida, tanto dentro da Universidade (relação aluno-professor), como dentro do Hospital (relação médico-paciente). Porém, ainda segundo os depoimentos, esta situação era pior na Saúde Mental. É enfatizado pelos narradores que, nas aulas de Psiquiatria ministradas no Hospital Adauto Botelho, não se usava apenas o corpo do paciente, mas o seu espírito, o que, para eles, era ainda

mais grave.

Havia, ainda, uma discriminação, dentro da Faculdade de Medicina, em relação às pessoas que escolhiam Psiquiatria, Medicina Legal e Medicina do Trabalho, pelos grupos formados em outras especialidades médicas. Quem escolhia uma destas especialidades era considerado como incompetente, como aquele que não conseguia ser médico.

Além desta discriminação, havia outra, dentro do grupo dos psiquiatras. Os alunos eram convidados a participar, mas eram avisados de que aqueles que tivessem tendências homossexuais ou que consumissem drogas, deveriam evitar se incorporar ao grupo, pois seriam facilmente identificados.

Foi devido à atuação de um grupo de médicos, os "novos psiquiatras" (17), e de alunos - que queriam optar pela Psiquiatria - que as transformações que desembocaram na criação do PMGC começaram a acontecer.

Por volta de 1972, retornou do Rio de Janeiro, Liberato T. Schwartz. Com a sua volta, começaram a ocorrer mudanças não só fora da Universidade, como na Faculdade de Medicina. A cadeira de Psicopatologia, do Departamento de Medicina Social e Saúde Pública, que era ministrada por um dos antigos psiquiatras, muda de nome. Passa a se chamar Ecosistema e a ser ministrada por Liberato.

Esta disciplina, foi criada por Tomazzi dentro de seu projeto de "voltar o ensino médico para a comunidade", apesar de autônoma em relação ao curso de medicina - que continuava

fragmentado e sem ter uma visão integral do paciente - já era um meio termo entre a psiquiatria existente e o que viria depois.

Em 1974, Liberato conheceu Busnello em um congresso e, com Paulo Bonates teve a idéia de criar um Projeto de Psiquiatria Comunitária, no Hospital Adauto Botelho. Liberato e Bonates começaram, desta forma, a "trabalhar a comunidade" que vivia em torno do Hospital Adauto Botelho visando uma transformação do conceito de Saúde Mental existente na população.

Entretanto, devido à necessidade de vinculação do trabalho ao hospital, de forma a possibilitar a obtenção de verbas, foi necessária a transformação da proposta inicial. Foi criada, então, uma Comunidade Terapêutica, que começou a funcionar dentro do hospital.

Este Serviço teve um caráter experimental e terminou em 1982, mas foi muito importante para o desenvolvimento posterior da psicanálise na medida em que serviu de porta de entrada para vários profissionais ligados à Saúde Mental - Hugo Guangirolli estava entre eles - que alteraram o panorama existente.

Com a chegada de Hugo em 1976, os "novos psiquiatras" e os alunos do curso de Medicina da UFES que se interessavam pela Saúde Mental, e que não estavam satisfeitos com a situação existente, começaram a se reunir no CBM constituindo um grupo de estudo de psicanálise que, mais tarde, na década da 80, fundou o CEPES (Centro de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas). O CEPES concentrou, durante um período, quase todas as pessoas ligadas à Saúde Mental de Vitória e deu origem a várias dissidências que se

constituíram, posteriormente, em instituições psicanalíticas.

A formação em psicanálise começou em 1977, em salas cedidas pela UFES e sob orientação de Hugo Guangirolli. Dizem alguns informantes que a idéia de "comunidade" foi introduzida por ele e que "pegou bem" em Vitória porque a psicanálise era pensada como devendo ser estudada e usada para o povo.

Como se pode perceber, é difícil estabelecer um momento em que a idéia de "trabalhar com a comunidade" tenha sido introduzida em Vitória. O que se pode observar é que, durante a década de 70 - seja através da psicanálise trazida por Hugo da Argentina, seja através da Medicina Comunitária e da Medicina de Família trazida por Jader dos EUA; seja através do projeto de Psiquiatria de Busnello trazido por Liberato e Bonates ou do modelo de "trabalho comunitário" trazido por Pedro Fortes de sua militância política - a "comunidade" começou a se tornar objeto de atenção por parte dos médicos e, mais especialmente dos psiquiatras que, a partir de um determinado momento, encontraram na Psicanálise, a solução para os seus males.

Assim, durante a década de 70, várias idéias sobre como deveria ser a relação entre psicanálise e "comunidade" e medicina e "comunidade" surgiram e foram transformadas em projetos. É interessante observar que, em maior ou menor grau, Hugo Guangirolli participou de quase todos eles e que Tomazzi os apadrinhou.

Por volta de 1977, Olga Maria Reis e Silva, nesta época ainda aluna do curso de Medicina, procurou Tomazzi com a idéia de criar um atendimento em psicoterapia no Hospital das Clínicas, sob

a orientação oficial de Liberato T. Schawartz e, extra-oficialmente, sob orientação de Hugo Guangioli. Este serviço foi batizado, por Tomazzi, de Serviço de Higiene Mental, e começou a funcionar no dia seguinte em duas salas do Hospital das Clínicas. Mesmo que a sua oficialização tenha sido tardia, este serviço foi muito significativo pois assinalou, em termos de atendimento, a separação entre psiquiatria e psicanálise.

Em seguida, Jader B. Cruz, retorna dos EUA e através do desenvolvimento de discussões na UDE e de sua proposta de criação do PMGC, aglutina, em torno de si, um grupo de pessoas do qual já fazia parte - já estava estudando psicanálise no grupo que se reunia no CBM - e lança as bases para a mudança de currículo da Faculdade de Medicina, viabilizando o sonho de Tomazzi de "voltar o ensino médico para a comunidade".

O que se pode observar por estes dados, portanto, é que as críticas à uma abordagem fragmentada do paciente e a uma estrutura médica hierárquica, foram elaboradas a partir da década de 70, por um grupo de médicos ligados à Saúde Mental - que depois da chegada de Hugo, passaram a se denominar psicanalistas - que contrapunham a uma concepção organicista da psiquiatria uma psicanálise "salvadora".

Assim é possível compreender as afirmações de Jader B. Cruz de que a psicanálise é a ferramenta através da qual as transformações na medicina seriam feitas, assim como a frase que dá título a estas considerações. De fato, nada disto seria possível, se não estivesse sendo gerado no "caldeirão fervente da

Instituição Psicanalítica". Neste sentido, creio ser possível pensar o PMGC como uma estratégia de um grupo de psicanalistas, para ampliar a sua esfera de atuação dentro da instituição médica.

Para mover o grande elefante de mármore branco...

Durante a década de 70, estava se desenvolvendo, não só no Espírito Santo, uma crítica à abordagem fragmentada do paciente e ao caráter expropriador e de controle da medicina que não dava conta do tratamento das doenças correntes da população e, ainda menos, das causas sociais destas doenças. Estas críticas eram feitas, não só dentro das instituições médicas, mas, também, na literatura das ciências sociais (18).

Buscava-se uma solução para estes problemas e, para os médicos envolvidos, na reformulação do currículo da Faculdade de Medicina da UFES, ela estava na criação de um "modelo de profissional" e de um "modelo assistencial" que deveria criar o profissional que operacionalizaria a mudança na medicina existente. Isso poderia ser viabilizado, segundo estes médicos através da criação de um Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.

O projeto do PMGC era entendido, portanto, como a possibilidade de desenvolver um novo tipo de conhecimento onde a intervenção social atingiria as causas da doença. Ou seja, a doença é entendida como fruto da desigualdade social e econômica e a sua extinção pressupõe o engajamento político dos médicos em uma

ação de cunho transformador. Não nos esqueçamos de que a sua definição de saúde era a mesma da declaração de Alma-Ata e que este projeto foi pensado em um momento em que a questão da organização da população se colocava fortemente, também no Espírito Santo, devido às condições existentes que decorriam, principalmente, da industrialização forçada.

Assim, a proposta do PMGC-Vitória, se em um primeiro momento, pode ser definida como "uma medicina pobre para pobres" - já que se propõe a desenvolver os cuidados primários e secundários de saúde em uma área escolhida por ser a mais pobre - e, neste sentido, não foge à definição de Donnangelo, em outro sentido, se afasta completamente, pois se propõe uma ação organizativa junto à população com a qual trabalha e se define como estando ao lado da "comunidade" e não, como no caso da medicina social ou da medicina comunitária, originalmente concebida, ao lado do Estado.

E, estar ao lado da "comunidade", para eles, significava estar contra uma situação política existente e contra uma estrutura médica que vai de encontro aos interesses do Estado - autoritário e expropriador - na medida em que cuida dos sintomas e não das causas da doença.

Assim, a proposta do PMGC, é a formar - tendo a psicanálise como ferramenta - um médico que possa atuar sobre as causas sociais da doença. Pois através da criação de um Serviço médico que estaria, ao mesmo tempo, dentro e fora da instituição - ao lado da "comunidade" mas ligado à Universidade e ao Hospital - a possibilidade de um trabalho de transformação da estrutura médica

e de ação nas instâncias onde a doença era produzida, se colocava para eles, com possível.

A inexistência deste profissional impõe a necessidade de uma equipe multidisciplinar. Entretanto, apesar de afirmarem que esta era a base de programas deste tipo, ficou subjacente a concepção de que, quando este profissional passasse a existir ela se tornaria dispensável.

Esta concepção, pode ser percebida na estrutura de formação elaborada para o residente. Ele deveria possuir uma saber que abrangesse, não apenas todas as especialidades médicas, mas também, os conhecimentos das ciências humanas e sociais. Além de possuir qualidades tais que; espírito crítico e engajamento com uma proposta de transformação social.

Era este o "super-médico" ao qual os residentes se referiam em suas discussões. Esta a proposta que permitia o surgimento de discussões infundáveis em congressos da Sociedade Brasileira do MGC, quando buscavam elaborar um currículo que formasse, em dois anos um profissional que correspondesse às suas expectativas.

Esta tarefa, imposta a si mesma pelo MGC, poderia ser qualificada de impossível. E, acredito que as discussões sobre a identidade do médico comunitário, sobre qual o currículo adequado à sua formação e qual a carga horária a ser atribuída a cada uma das atividades desempenhadas está relacionada, justamente, à abrangência de sua proposta. Para o PMGC, o grande elefante de mármore branco, só seria movido através da criação de novos corpos, na sociedade e na Universidade.

A "comunidade invisível":

Algumas questões continuam, ainda, pendentes. Como vimos até aqui, a proposta da MGC se estrutura tendo como referência a situação política existente no país e no Estado, assim como a situação existente no campo médico. Mas, ainda não foram discutidos o significado e os pressupostos desta intervenção médica na sociedade, ou melhor, na "comunidade".

Quando analisamos um projeto médico apenas do ponto de vista de sua luta pelo estabelecimento da hegemonia de seu discurso, como fiz até este momento, acredito que fica implícita a contraposição de uma massa anônima a uma medicina essencialmente intervencionista e disciplinadora. Este tipo de abordagem, devido ao fato de não levar em consideração as inter-relações e os conflitos entre os vários grupos envolvidos pode nos levar a atribuir uma eficácia, nem sempre existente, aos projetos médicos de normalização da sociedade.

Esta falha, encontrada na maioria dos estudos sobre o processo de medicalização da sociedade, é em parte suprida pelos estudos sobre medicina popular, na medida em que demonstram a existência de outros sistemas de conhecimento sobre a doença e a cura. Porém, como ressalva Delma Pessanha Neves (1984), mesmo estes estudos, operam com uma visão etnocêntrica, pois, explicando a 'medicina popular' como residual ou alternativa, ou paralela à medicina científica, os autores não conseguem se desvencilhar da

comparação ou do confronto entre estas duas práticas sociais" (NEVES, D. P. 1984:6).

Assim, nos estudos em que a medicina popular é considerada como residual ou alternativa, são imputadas a ela os atributos opostos à medicina científica. "A medicina popular desta perspectiva, está fundada em tradições, conhecimento analógico, assistemático, subjetivo e atua sobre o espaço psicossomático da doença a partir da eficácia simbólica que possui" (NEVES, D.P. 1984:6). Passa, então, a ser definida "como saber mágico-religioso das comunidades rurais ou das camadas subalternas das sociedades urbano-industriais" (NEVES, D.P. 1984:6), estando, portanto, sujeita à extinção como decorrência do desenvolvimento econômico e social.

Entretanto, com o processo de difusão e de diversificação da medicina popular e com o processo de crítica ao conhecimento fragmentário da medicina científica, vai haver o aparecimento de uma linha de análise, que valorizará a medicina popular por considerá-la "totalizante, porque engloba uma concepção de homem em suas relações com o mundo e reações aos medicamentos assumida pela medicina científica - e, igualitária, porque não supõe a expropriação do saber dos usuários" (NEVES, D.P. 1984:8).

Esta outra vertente nos estudos sobre medicina popular, seria representada, segundo Delma Pessanha, por Maria Andrea Loyola (198) e, a meu ver, também por Paula Montero (1985). Estas autoras, na medida em que atribuem uma especificidade à medicina popular, nos levam a considerar, "as duas 'medicinas' (...). Como

relativamente equivalentes, ainda que uma, dentro das concepções dos usuários, trate de doenças leves e doencinha e a outra trate de doenças propriamente" (NEVES, D.P. 1984:6).

A autora argumenta ainda, que "este saber fundado na experiência acumulada das gerações não é pensado pelos seus usuários como constitutivo de uma medicina" (NEVES, D.P. 1984:6), pois "doencinhas, doenças leves, doenças comuns", além de "associar práticas rituais e remédios caseiros, que são práticas diversas. E, ainda que por vezes contrapondo a eficácia dos medicamentos por eles preparados àquela dos receitados pelos médicos, não fazem equivaler as duas práticas como alternativas que podem ser substituíveis uma pela outra de modo genérico. Pelo contrário, reivindicam maior atenção do Estado na oferta de serviços médicos e no controle do preço dos medicamentos (NEVES, D.P. 1984:7).

Assim, os estudos sobre medicina popular continuam operando com abordagem dicotômica, que faz com que suponham a existência de uma medicina científica fragmentária, que pressupõe a expropriação do saber do usuário por oposição à medicina popular, totalizante e igualitária. Segundo Delma Pessanha, isto ocorre, em primeiro lugar, devido ao fato destes estudos não levarem em consideração que a concepção de cura na medicina popular não se constitui em uma medicina, pois a análise das "curas milagrosas", como se prefere denominar, "revela que o discurso sobre a saúde e a doença é instrumental, pois o que está em jogo é a referência a pautas de conduta, à ritualização da relação dos homens entre si e destes com os seres sobrenaturais" (Neves, D.P. 1984:12).

Uma outra razão é que "medicina popular" faz parte de um sistema de dominação, mesmo que frequentemente religioso, que se atualiza inclusive a partir da hierarquização de posições sociais, não sendo, portanto, igualitários. Estes estudos só concebem as formas de dominação de uma classe sobre a outra" e desconhecem ou não levam em consideração as formas de dominação e as relações de poder que ocorrem entre segmentos e agentes de uma mesma "classe social" (NEVES, D.P. 1984: 9).

Finalmente, estes estudos não levam em consideração o fato de que a medicina oficial, também está inserida dentro de uma visão de mundo que deixa "espaço para a inserção de concepções religiosas como explicativas de possíveis fracassos (...) e de sua impotência frente à morte, porque um fato natural" (NEVES, D.P. 1984:9). Assim, a medicina oficial também tem "visões de mundo religiosas para qualificar os limites de suas ações" (NEVES, D.P. 1984: 9). Ou seja, na medida em que somente o caráter científico ou racional da medicina oficial é enfatizado nas análises, o seu caráter simbólico ficaria oculto.

Delma Pessanha conclui, então, dizendo que: "Deste modo, se quisermos entender a correlação entre atos terapêuticos e visões de mundo devemos melhor qualificá-los. Precisamos reconhecer que esta interpenetração não é específica da chamada "medicina" popular, mas tem um peso fundamental na construção das noções de saúde e doença e nas formas como os indivíduos procuram recursos de tratamento" (NEVES, D.P. 1984:10).

Considero, portanto, que não podemos negar a existência de

um projeto e mesmo, de um processo de medicalização da sociedade, pois, como diz Laplantine (1986) é necessário atribuir um lugar importante para a cultura biomédica "parce qu'elle est diffuse et largement dominante dans notre société et qu'il n'est guère de représentation de la maladie qui aujourd'hui ne se construisse à son contact et sous son influence" (LAPLANTINE, F. 1986:22).

Assim como não podemos ignorar as relações existentes entre prática médica, reprodução da estrutura de classes e processo de acumulação capitalista. Entretanto, questiono, seguindo Delma Pessanha e Laplantine, as análises que, através de uma abordagem dicotômica do objeto de estudo, distiguem de maneira sumária a medicina oficial e as medicinas paralelas.

Acredito que os dados que apresento sobre o PMBC corroboram estas concepções de autores que questionam a abordagem dicotômica do objeto de estudo pois, senão, como explicar que uma medicina que enfatiza uma relação igualitária e a abordagem não fragmentada do paciente não seja aceita pela população da APM? A análise do PMBC nos mostra a necessidade de uma reelaboração constante das estratégias da "medicina oficial", na medida em que esta não se constitui apenas em atos terapêuticos, mas em uma tentativa de internalizar na população da APM determinados preceitos de saúde que são mais do que um código científico. São, na terminologia de Delma Pessanha, visões de mundo de camadas médias intelectualizadas.

Assim, como podemos perceber principalmente nos relatos das estagiárias de SS a "comunidade" utiliza, de acordo com o seu

sistema de representação, tanto o conhecimento como os serviços prestados pelo PMGC, reservando a ele um lugar específico. Isso pode ser percebido claramente quando repetem corretamente - de acordo com os parâmetros dos médicos - os ensinamentos sobre as doenças e suas causas mas deixam de seguir sua prescrições; ou quando assumem posições, consideradas pelo PMGC como autoritárias, ambíguas, etc.

Por outro lado, o discurso médico sofre contantes reelaborações na medida em que o seu objetivo é a internalização, pela "comunidade", de sua visão de mundo. Desta forma, a necessidade de conhecê-la se coloca e, conseqüentemente, de refazer as suas estratégias face a este conhecimento. Entretanto, esta sua necessidade constante de reelaboração o coloca frente a três problemas: a eficácia de seu discurso está limitada pela possibilidade de incorporação de seu preceitos, dentro da visão de mundo do grupo com o qual trabalha; está também sujeita aos limites da instituição à qual pertence, que não permite transformações que a "desfigurem"; e finalmente, está sujeita às limitações impostas por sua própria visão de mundo, que, como procurei demonstrar, faz com que a "comunidade" seja definida a priori, de forma que, por mais presente que esteja, seja sempre "invisível".

Assim, a "comunidade" não é uma massa anônima e homogênea como parecem supor os médicos comunitários, nem elabora uma reação à medicina oficial dentro dos estreitos limites deixados livres pela mesma. Ela possui uma visão do mundo que vai determinar o

lugar a ser ocupado pelo PMGC. O PMGC não tem espaço para desenvolver a sua abordagem integral do paciente pois, o que esta "comunidade" espera dele é, agora ao contrário do texto de Scorza, que lhes mostre os seus micróbios e não que os "ajude" a pensar o mundo em que vivem.

NOIAS

(1) Ver a este respeito Tereza Caldeira (), James Clifford (1986), Marcus e Fischer (1986), Clifford Geertz, (1983) e Dan Sperber (1982).

(2) Não estou aqui utilizando este conceito de Levi-Strauss em seu sentido estrito, pois bem sei que ele se refere à maneira como procede o pensamento selvagem. Entretanto, acredito ser pertinente tomá-lo como uma metáfora interessante ao desenvolvimento de minhas considerações.

(3) É preciso assinalar, porém, que se apresentou com um certo destaque em MG e no RGS. Não saberia dizer, entretanto, se corresponderia à importância que lhe foi atribuída no ES ou os motivos responsáveis por isto.

(4) Estou pensando aqui, principalmente, em Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira (1979).

(5) Vários autores escreveram sobre o Estado. Entre eles, podemos citar (Maria Stella de Novaes e José Teixeira de Oliveira, por ex.), economistas (por ex. Haroldo Correa), sociólogos e politólogos (por ex. Ana Doim, Tadeu César, Izildo C. Leite). Acredito que esta concepção aparece outros trabalhos, chegando a constituir uma lenda sobre o porquê da especificidade do Estado em relação ao restante do país.

É interessante observar que a questão que parece se colocar para a maioria dos autores, é sobre como explicar o "atraso", o "excesso de desigualdade", a "miséria", etc. do Estado. Isto sugere, a meu ver, a incorporação de uma identidade negativa, que dá margem a dois tipos de interpretação. O primeiro, ufanista, onde os autores procuram pequenos detalhes que mostrem como, no Espírito Santo, as coisas também aconteceram. As discussões sobre a data da construção da Santa Casa de Misericórdia, por exemplo, que visam mostrar que ela foi a primeira criada no Brasil, ilustram, no meu entender este tipo de concepção.

O segundo, representativo de autores mais recentes, se propõe explicar, a partir principalmente de releituras marxistas produzidas na década de 70 (CARDOSO, R. 1986:95-103), as causas da situação identificada. Em todos os dois casos, entretanto, acredito que o pressuposto é o mesmo: o Espírito Santo não só é visto como diferente, assim como em posição de inferioridade em relação aos outros Estados.

(6) Não vou fazer aqui uma análise da bibliografia existente

sobre o tema que me proponho a analisar pois considero que isto já foi feito de maneira exaustiva e adequada por Paula Montero (1985) e Delma Pessanha Neves (1984). Vou me ater, neste capítulo, portanto, apenas aos autores que considero pertinentes à minha análise.

(7) Vou me referir a qui a alguns dos autores já citados e a uma bibliografia, que mesmo não tendo sido utilizada diretamente neste trabalho, serviu para fornecer o contexto mais amplo ao qual me refiro.

(8) Ver a este respeito, principalmente, Haroldo Correa (1983).

(9) Ver principalmente, Haroldo Correa (1983).

(10) Ver a este respeito, principalmente, Marta Zorzal (1986).

(11) Ver, além dos autores já citados, Penha Siqueira (1984) e Gabriel Bittencourt (1982).

(12) No caso desta pesquisa, priorizar a análise de versão oficial, que como já foi dito é a estória apresentada em congressos e publicações médicas. Pois, podemos encontrar publicações escritas por médicos capixabas que tratam de questões

de medicina social.

(13) Ver a este respeito o caso de Amaro Ferreira das Neves Armond (séc. XIX) citado por Eurípedes Queirós do Valle (1971), que não ficou no Estado, mas que é apresentado como um grande sanitarista capixaba entre outros.

(14) Refiro-me aqui, principalmente, ao Dr. Jayme dos Santos Neves e Dr. Bolívar de Abreu. Estes dados foram fornecidos pelos depoimentos de meus informantes. E levo em consideração o trabalho de M. ZORZAL (1986) que assinala a inexistência de preocupação com a saúde na plataforma dos partidos políticos que analisa.

(15) Em outros locais do país a MGC foi pensada da mesma forma. Ver este respeito a documentação da SBMGC e o trabalho de Eymand Mourão (198).

(16) Ver a respeito da posição entre uma psiquiatria organicista a uma psicanálise salvadora Chaim Katz (19), entre outros.

(17) Ver a respeito da psicanálise no Espírito Santo Carvalho (1989).

(18) Interessante observar aqui que autores como Paula Montero, Andréa Loyola, Roberto Machado, por ex., foram lidos

pelos médicos do PMOC.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

Trabalho de 1944, p. 15-16, sobre a importância da
resistência da U. de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

(*) Bibliografia consultada

(**) Bibliografia citada

1945

(**) SCHWAB, A. L. P. & FREIRE, MA. A Irmandade e a Santa Casa de Misericórdia do ES, memória.

1946

(*) ARAÚJO, A.L.P. "Santa Casa de Misericórdia" in: RIHGES-XVI-dez - Vitória.

1964

(**) NOVAES, M.S. Medicina e Remédios no ES: História e Folclore, Vitória, ES. C. Edições e Publicações, Rio de Janeiro.

1965

(*) DERENZI, L.S. - Biografia de uma Ilha, Rio de Janeiro, Pongetti.

1968

(*) BASAGLIA, F. (coord.) - A Instituição negada, Rio de Janeiro, Graal.

1957
(86) PACIORNIK, R. Dicionário Médico, Rio de Janeiro, ed. Guanabara - Koogan

1978
(87) LAPLANCHE, E.J. e PONTALIS, J. - B. Vocabulário da Psicanálise, Lisboa, Moraes Editores.

(88) LEVI-STRAUSS, C. O Pensamento Selvagem, São Paulo, Companhia Editora Nacional.

1975
(89) ILLICH, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina, 3.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

(90) LEVI - STRAUSS, C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro.

(91) OLIVEIRA, J.T.O. - História do Estado do Espírito Santo, 2. ed. Vitória, Serviço Gráfico do IBGE.

1976
(92) SILVA, M.da Glória - A prática médica: dominação e submissão, Rio de Janeiro, Zahar.

1977

(*) BROWN, D. "Umbanda e Classes Sociais" in *Religião e Sociedade* maio 77 nº 1 (1), Rio de Janeiro, CER - IGER.

(*) MONTEIRO, D.T. - "A cura por correspondência" in *Religião e Sociedade*, maio 77 nº 1 (1) Rio de Janeiro, CER - IGER.

(*) SCORZA, M - Garabombo, o invisível, 2 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

(meio) E. (1977) *Religião e Sociedade no Brasil*, 2 ed. Rio de Janeiro, 1978

(*) AROUCA, A.S.S "O trabalho médico, a produção capitalista e a viabilidade do projeto de prevenção" in *Encontros com a Civilização Brasileira*, nº 1, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

(*) BIRMAN, J A *psiquiatria como discurso da moralidade*, Rio de Janeiro, Graal.

(*) CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: A idade do ouro do alienismo* Rio de Janeiro, Graal.

(*) DA MATTA, R. "O ofício de etnólogo, ou como ter Anthropological Blues", *Boletim do Museu Nacional, Antropologia*, nº 27, maio.

- (*) FOUCAULT, M. História da Loucura, São Paulo, Perspectiva.
- (*) GEERTZ, C. A interpretação das culturas, Rio de Janeiro, Zahar.
- (*) GUILHON ABULQUERQUE, J.A - Metáforas da Desordem, São Paulo, Paz e Terra.
- (*) GUINARZES, R. (IS.IN) Saúde e Medicina no Brasil, 4 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- (**) MACHADO, R e outros (Da) nação da norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Graal.
- (**) PELLEGRINI FILHO, A & outros "A Medicina Comunitária, a questão urbana e a marginalidade" in Saúde e Medicina no Brasil, org. Reinaldo Guimarães, 4.ed. Rio de Janeiro, Graal.
- (*) RODRIGUES, A.N. Operário - Operária Coleção Ensaio e Memória Nº 11, São Paulo, Símbolo.
- (*) SZASZ, T. A fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre

a Inquisição e o movimento de Saúde Mental, Rio de Janeiro, Zahar.

1979

(*) BISSOLI, O. - Memórias de um imigrante italiano, Vitória, F.C.A.A.

(***) DONNANGELO, H.C. e PEREIRA, L. - Saúde e Sociedade, São Paulo, 106, Livraria Duas Cidades.

(*) FREIRE COSTA, J. Ordem médica e norma familiar, 2.ed. Rio de Janeiro, Graal.

(*) LUZ, M.T. - As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia 3. ed. Rio de Janeiro, Graal.

(***) NOVAES, M.S. - Jerônimo Monteiro: Sua vida e sua obra, Vitória, Arquivo Público Estadual.

(*) SZASZ, T. - O mito da doença mental, Rio de Janeiro, Zahar.

1980

(*) BIRMAN, J. - Enfermidade e loucura, Rio de Janeiro, Campus.

- (*) CASTRO SANTOS, L.A. - "Estado e Saúde Pública no Brasil" in Dados, vol.23, n 2. Rio de Janeiro, Campus.
- (*) CORDEIRO, H - A indústria da saúde no Brasil, 2.ed. Rio de Janeiro, Graal.
- (*) DURHAN, E. - "A família operária: Consciência e Ideologia" in Dados, vol.23, n 2. Rio de Janeiro, Campus.
- (*) FIGUEIRA, S.A (org.) - Psicanálise e Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- (*) NILCE, M. - Personalidades do Espírito Santo, Rio de Janeiro, AGGS - Indústrias Gráficas S.A.
- (*) ROSEN, G. - Da polícia médica à norma familiar, Rio de Janeiro, Graal.
- (*) SANTOS FILHO, L. - Pequena História da Medicina Brasileira, Cadernos de historia nº 13, São Paulo, EPARMA.
- (*) SOUZA QUEIRÓS, M. - "Estudos sobre medicina popular no Brasil" in Religião e Sociedade, nº 5 jun. Rio de Janeiro, Tempo e Presença.

1981

- (BR) BRANDÃO, C.R. (org.) - Pesquisa Participante, Rio de Janeiro, Brasiliense.
- (F) FOUCAULT, M. - Microfísica do Poder, 2. ed., Rio de Janeiro, Graal.

- (M) MOFFAT, A. - Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular, 2. ed., São Paulo, Cortez.

- (R) PACHECO, R. - Euga de Canãas: Decadência de uma família alemã no Brasil, Vitória, F.C.A.A., U.F.E.S.

- (E) TODD, E. - O louco e o proletário: Filosofia Psiquiátrica da História, São Paulo, IBRASA.

1982

- (G) BILHENCOURI, G. - Esforço Industrial na República do Café: O Caso do Espírito Santo 1889/1930, Vitória.

- (G) CANGUILHEM, G. - O normal e o patológico, 2.ed., Rio de Janeiro, Forense - Universitária.

- (M) CORREA, M. "Repensando a família patriarcal brasileira" in Colcha de Retalhos, estudos sobre a família no Brasil, São Paulo,

- Brasiliense.
- (*) SPERBER, Dan - Le savoir des anthropologues, Trois essais, Collection Savoir, Paris, Hermann.
- 1983
- (*) ALMEIDA, A & BOBBI, H. - Lugar de toda pobreza, Vitória, DEARES.
- (*) CARDOSO, R. "Movimentos sociais urbanos: Balanço Crítico" in Sociedade e Política no Brasil Pós-64, Rio de Janeiro, Brasiliense.
- (*) DEMONER, S.M. A presença de missionários capuchinhos no Espírito Santo - Século XIX, Vitória.
- (*) FOUCAULT, M. - Vigiar e Punir: História da Violência nas prisões, Petrópolis, Vozes.
- (*) GEERTZ, C. - Local Knowledge, Cap.7, Basic Books, INC NY.
- (*) LIMA, T.C. - Os caminhos da cura: um estudo sobre alternativas de saúde em uma Vila Popular de Campinas dissertação de mestrado apresentada ao PPGAS - UNICAMP.

- (188) LOYOLA, H.A. - Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde, Rio de Janeiro, Difel.
- (189) ROCHA, H.C. (Coord) Dinâmica Cafeteira e Constituição de Indústrias no Espírito Santo 1850-1930, Vitória, COPLAN - 119N - GERES - UFES - FCAA.
- (190) Livreto do DMS
- 1984
- (191) BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo Rio de Janeiro, Graal.
- (192) DOIMO, A.M. - Movimento Social Urbano, Igreja e Participação Popular : Movimento de Transporte Coletivo de Vila Velha = ES, Petrópolis, Vozes.
- (193) FREITAS FILHO, D. C e outros - "Pesquisa Participante : uma introdução metodológica" in Revista de Cultura da UEES, Ano IX, nº 30. Vitória, FCAA.
- (194) NEVES, D.P. - As "curas milagrosas" e a idealização da ordem social, Rio de Janeiro, CEUFF - PROED.
- (195) SIQUEIRA, P - O desenvolvimento do Porto de Vitória = 1870 = 1940, Vitória, Codesa - FCAA.

- (XX) O Muro de Flores, Formação e Extensão : Relato de uma prática médica alternativa", mimeo. 1985 - 1986 - 1987.
- (XX) "Programa de Saúde Comunitária de Maria Ortiz", mimeo.
- 1986
- (XX) CARDOSO, R(org.) A Aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa, Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- (XX) CLIFFORD, J & MARCUS, G.E - Writing Culture: The poetics and politics of ethnography University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- (XX) LAPLANTINE, F. Anthropologie de la Maladie, Paris, Payot.
- (XX) MARCUS, G.E & FISCHER, M.M.J. - Anthropology as a Cultural Critique: an experimental moment in the human sciences, University of Chicago Press, Chicago and London.
- (XX) PEREIRA, M.C. - O espelho do mundo: Juqueri, a história de um asilo, São Paulo, Paz e Terra.
- (XX) ZALUAR, A. - "Teoria e prática do trabalho de : alguns problemas" in A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa. org. Ruth Cardoso, Rio de Janeiro, Paz e Terra.

(xx) ZORZAL, M. - Espírito Santo: Estado, Interesses e Poder, tese de mestrado, Rio de Janeiro, FGV - EBAP - CHAP.

1987
(xx) ANJOS et alli Produção e Reprodução da Miséria no Espírito Santo, Espírito Santo Século XXI, Vitória, Rede Gazeta, UFES, GERES, BANDES, COPLAN.

(xx) ARAUJO et alli Associações Microlocalizadas do Sistema Comunitário, Espírito Santo Século XXI, Vitória, Rede Gazeta, UFES, GERES, BANDES, COPLAN.

(x) ELTON, E. - Logradouros antigos de Vitória, 2ed. Vitória, IISN.

(x) GAMA et alli Um re(exame) da educação no Espírito Santo: da escola dada ao saber negado, Espírito Santo Século XXI, Vitória, Rede Gazeta, UFES, GERES, BANDES, COPLAN.

(x) JESUS et alli Estratificação do Consumo dos Bens Culturais, Espírito Santo XXI, Vitória, Rede Gazeta, UFES, GERES, BANDES, COPLAN.

(xx) LAPLANTINE, F. - L'Antropologie, Paris, Seghers.

(x) SALES et alli Diagnóstico de Saúde do Estado do Espírito Santo

Espírito Santo Século XXI, Vitória, Rede Gazeta, UFES, GERES, BANDES, COPLAN.

(*) VASCONCELOS, E. M. - A Medicina e o Pobre, São Paulo, Paulinas.

1988

(*) CALDEIRA, T.D.R. "A presença do autor e a pós-modernidade em Antropologia" in Novos Estudos CEBRAP nº21, Jul.

1989

(*) CARVALHO, C.A - "Os Quatro Cavaleiros do Apocalipse: Anotações para uma história da Psicanálise no Espírito Santo" (mimeo).

(*) FREIRE COSTA, J. - História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico, 4.ed. Rio de Janeiro, Xenon.

(*) SAGAVA, R.Y. - Os inconscientes no divã da história - dissertação de mestrado apresentada ao PPGAS - UNICAMP.

(*) VASCONCELOS, E. M. - Educação Popular nos serviços de saúde, São Paulo, Hucitec.

5/10

- (*) COSTA, H. J. do (coord.ed.) O Espírito Santo e sua faculdade de Farmacia e Bioquímica, FAFABES, Brasília.
- (*) NEP - Avaliação da política de incentivos fiscais , cap. 2, Vitória, BANDES - GERES
- (*) NOVAES, MS - História do Espírito Santo, Vitória, Editorial do ES.
- (*) ZANDONADI, M. Venda Nova: Um capítulo da imigração italiana, São Paulo, Escolas Profissionais Salesianas.
- (*) FREUD, S. Um estudo auto-biográfico. Inibições da análise lunar e outros trabalhos edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol.20, Rio de Janeiro, Imago.

UNIDADE	BC
PROC.	308/91
DOACÃO PRECUI	
TUATVCI	64500,00
DATA	02.02.91

ERRATA

Página 10 - 11ª linha - Onde se lê Garambo leia-se Garabombo.

Página 23 - 22ª linha - Onde se lê assinalar leia-se assinalados.

Página 35 - 23ª linha - Onde se lê Rosaura B. Bandeira leia-se Rosaura B. Beato.

Página 42 - O lugar deste mapa é na página 45.

Página 58 - 12ª linha - Onde se lê nestas instâncias leia-se nestes levantamentos.

Página 59 - 25ª linha - Onde se lê Parece-nos se leia-se Parece-nos ser.

Página 61 - 3ª linha - Onde se lê (20) leia-se (23).

Página 62 - 2ª linha - Onde se lê (24) não se leia nada.

Página 64 - 15ª linha - Onde se lê (25) leia-se (24).

Página 65 - 12ª linha - Onde se lê (26) leia-se (25).

16ª linha - Onde se lê (27) leia-se (26).

21ª linha - Onde se lê (28) leia-se (27).

Página 69 - 19ª linha - Onde se lê (29) leia-se (28).

Página 74 - 11ª linha - Onde se lê (30) leia-se (29).

Página 75 - 16ª linha - Onde se lê (31) leia-se (30).

25ª linha - Onde se lê (32) leia-se (31).

Página 76 - 19ª linha - Onde se lê (33) leia-se (32).

Página 77 - 8ª linha - Onde se lê (34) leia-se (33).

10ª linha - Onde se lê (35) leia-se (34).

25ª linha - Onde se lê (36) leia-se (35).

Página 78 - Não existem as sete primeiras linhas.

Página 80 - 14ª linha - Onde se lê (37) leia-se (36).

Página 81 - 8ª linha - Onde se lê (38) leia-se (37).

Página 82 - 3ª linha - Onde se lê (40) leia-se (39).

Página 87 - 12ª linha - Onde se lê respeito a sexualidade do adolescente leia-se respeito à sexualidade do adolescente, às doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Página 88 - 21ª linha - Onde se lê Laplace leia-se Laplanche.

Página 89 a 94 - As notas de número 25 a 40 correspondem às notas de número imediatamente anterior. Por exemplo: página 89 - 24ª linha - Onde se lê (25) leia-se (24).

Página 113 - 21ª linha- Onde se lê nidades leia-se unidades.

Página 120 - 20ª linha- Onde se lê São objetivos deste estágio os seguintes objetivos: leia-se São objetivos deste estágio.

Página 121 - 8ª linha- Onde se lê (4) leia-se (5).

Página 124 - 20ª linha- Onde se lê muitas crianças nas rua suprima-se nas rua.

Página 135 - 3ª linha- Onde se lê Iniciamos a reunião suprima-se a reunião.

Página 138 - 2ª linha- Onde se lê montado leia-se montando.

Página 157 - 26ª linha- Onde se lê presidente leia-se pessoa (61).

Página 158 - Suprimir a primeira linha.

Página 167 -13ª linha- Onde se lê e a casa leia-se e a da casa.

Página 170-12ª linha - Onde se lê era justificada leia-se eram justificadas.

Página 171 -3ª linha - Onde se lê (32)leia-se(33).

Página 174- última linha - Onde se lê (55) leia-se (56).

Página 194 - 10ª linha - Onde se lê a ser leia-se a se.

Página 204 - 10ª linha - Onde se lê Universidade leia-se Unidade.

13ª linha - Onde se lê fora leia-se foram.

Página 214 - última linha - Onde se lê paralizadas leia-se paralisadas.

Página 218 - 1ª linha - Onde se lê apareceram leia-se apareciam.

Página 222 - 25ª linha - Onde se lê intervenção leia-se intervenção.

Página 234 - 12ª linha - Onde se lê que é tomada como padrão
leia-se que é tomada como padrão por
médicos e assistentes sociais.

Página 244 - 1ª linha - Onde se lê () leia-se (7).

Página 251 - 11ª linha - Onde se lê faziam leia-se fazia.

Página 252 - 8ª linha - Onde se lê descriminação leia-se dis-
criminação.

24ª linha - Onde se lê foi criada leia-se criada.

Página 260 - 24ª linha - Onde se lê (198) leia-se (1983).

Página 265 - 7ª linha - Onde se lê () leia-se (1988).

Página 266 - 2ª linha - Onde se lê citar (Maria...) leia-se
citar historiadores (Maria...).

Não existem as linhas 5, 6 e 7.

9ª linha - Onde se lê dos autores leia-se destes
autores.

20ª linha - Suprimir (CARDOSO,R. 1986:95,103).

Página 268 -13ª linha - Onde se lê (198) leia-se (1987).

Depois da última linha acrescentar pelos médicos
do PMGC.

Página 279 -7ª linha - Onde se lê Revisão leia-se Revirão.

Página 280 - 1ª linha - Onde se lê (**) O Muro... leia-se (**)
Equipe do PMGC - O Muro...

7ª linha - Onde se lê politices leia-se politics.

Página 282 - 14ª linha - Onde se lê SAGAVA leia-se SAGAWA.

Página 283 - 10ª linha- A ser incluído na data de 1987 junta-
mente com FREUD,S - Estudos sobre a
histeria, Edição Standard Brasileira
das obras Psicológicas de Sigmund
Freud, Rio de Janeiro, Imago.