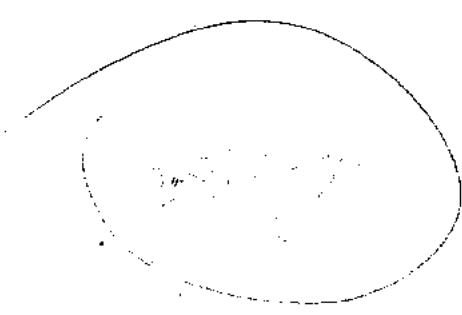


312  
folha 319

Leucostic

203

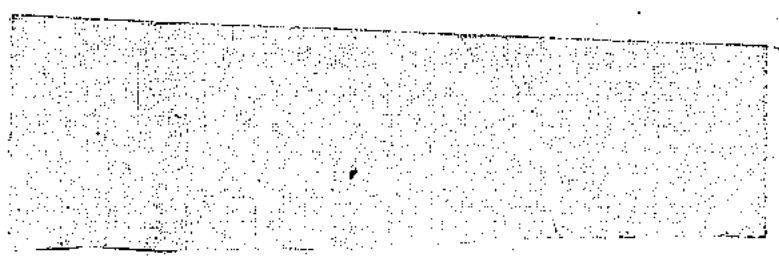


A MEDICINA E O POBRE;

vivências e reflexões de uma experiência

em uma experiência nos primórdios do SUS

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS



Belo Horizonte

1986

Tudo conforme o  
enviado às Parâmetros para  
edição

INDICE

INTRODUÇÃO : UMA HISTÓRIA QUE FALA DE MUITAS  
OUTRAS HISTÓRIAS - - - - 1

4. CAPÍTULO ~~III~~<sup>I</sup>: Duas Histórias Entrelaçadas: a Implantação da Medicina Comunitária no Brasil e a Minha Formação Profissional ..... 132

a) Após a revolução cubana de 1959, as políticas sociais na América Latina são expandidas e reorientadas ..... 133

b) Com a repressão política, a Igreja se torna o grande espaço de reflexão dos problemas sociais. Neste espaço, eu me transformo ..... 137

c) A Medicina Comunitária como estratégia de resistência à política de saúde privatizante do regime militar ..... 141

} Faltu  
138  
131

Reforço  
página  
sua

d) O meu primeiro encontro com a Medicina Comunitária .....	149
e) Os movimentos populares crescem. Os estudantes e profissionais de saúde participam da movimentação ....	150
f) A caminhada da Medicina Comunitária até o Nordeste.	156
g) A minha caminhada até o Nordeste .....	163

<b>28. CAPÍTULO IV: A Quem Interessa a Implantação de um Projeto de Medicina Comunitária no Interior Paraibano? ..</b>	<b>168</b>
a) Penetrando no Estado e conhecendo além das máscaras do discurso e da propaganda oficiais .....	169
b) Os funcionários públicos: elos de uma corrente de dominação ou elementos de mudança? .....	173
c) O trabalho administrativo como campo de luta política .....	177
d) Atrás da aparente anarquia institucional, uma organização administrativa segundo uma lógica de hegemonia política .....	184
e) O profissional de saúde: um acomodado? um revoltado? .....	190
f) Fazer saúde é fazer política .....	199
g) Com as eleições de 1982, uma avaliação: o clientelismo é eficiente .....	207
h) Um modelo de Medicina Comunitária reorientado pelo descaso com os problemas da classe trabalhadora....	211
i) A universidade não é uma ilha isolada da sociedade explorada .....	215
j) Por trás das dificuldades dos alunos .....	217
l) Na corda bamba .....	224

3 <del>9</del> . CAPÍTULO <del>V</del> <sup>III</sup> : Doutor ou Agente Pastoral? .....	228
a) Uma nova base para as organizações populares: as comunidades eclesiais .....	229
b) "Doutor, nós precisamos é de terra para plantar e morar" .....	237
c) O lugar do intelectual no movimento popular .....	243
d) A saúde conquista o seu espaço .....	247
e) Do bloco das viagens à associação "de bairro" .....	252
f) A oportunidade de ver o mundo através dos olhos dos pequenos .....	261
4. CAPÍTULO <del>VI</del> <sup>IV</sup> : Um Serviço de Medicina Comunitária no Brasil: o Centro de Saúde de Pilõezinhos .....	264
a) Um Centro de Saúde em um município agrícola .....	264
b) Um atendimento médico marcado pela carência de recursos .....	267
c) As aventuras de duas propostas da Medicina Comunitária para superar a carência de recursos: delegar funções às auxiliares de saúde e dar prioridade às crianças e às mães .....	272
c.1) a auxiliar de saúde: um quebra-galho ou um avanço .....	275
c.2) prioridade ao grupo materno-infantil: um jeitoinho de justificar cientificamente o não atendimento aos outros grupos .....	284
d) Reformando a consulta médica para torná-la mais adequada às condições e aos limites do Centro de Saúde .....	286
e) Tecnologias acessíveis e tecnologias que permitem	

ao paciente compreender e participar do seu tratamento .....	292
f) O confronto com a medicina popular .....	296
g) Algumas reformas na estrutura do serviço, alguns limites, algumas repercussões .....	297
h) Uma morte, uma denúncia: nós não temos acesso a todos os recursos da medicina .....	301
i) Tentando redirecionar a política "oficial" de controle da natalidade .....	304
j) A exigência de novos papéis para os profissionais de Centros de Saúde .....	307
l) Interagindo com a comunidade .....	313
m) Interagindo com as outras instituições locais .....	319
n) "Aqui não tenho nada para fazer" .....	323
o) Uma avaliação final .....	328

<b>5 D. CAPÍTULO VII: Rádio, um Canal de Interação Entre os Profissionais de Saúde e a População .....</b>	<b>334</b>
a) Um método: partir dos problemas colocados pelas pessoas e pelas comunidades .....	339
b) Partir dos problemas concretos, mas ampliando a sua discussão .....	345
c) Rádio, um espaço possível de participação do saber popular .....	352
d) Um estilo alegre e pessoal. O povo é alegre e amigo.	356
e) Em cada seção do programa, uma preocupação pedagógica .....	363
e.1) o ouvinte escreve, Doutor Saúde responde .....	363
e.2) seção do Doutor Zé Matinho .....	367

e.3) horóscopo da saúde ..... 370  
e.4) a Advogada da Saúde ..... 374  
e.5) entrevista com os bichos ..... 376  
f) O significado dos meios de comunicação de massa pa-  
ra a educação popular na sociedade moderna ..... 382

8. ~~CAPÍTULO VI~~: A Perseguição Política como Estratégia  
Pedagógica das Classes Dominantes. A Resistência dos  
Dominados: Uma Contra-Pedagogia ..... 391  
a) Um descuido fatal: a celebração da indisciplina ... 394  
b) "Espernear" também é educar ..... 395  
c) Uma reação surpreendente. A sociedade já não era a  
mesma ..... 398  
d) A classe dominante mostrou a todos o seu poder,  
mas... ..... 405  
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 407

## INTRODUÇÃO: UMA HISTÓRIA QUE FALA DE MUITAS OUTRAS HISTÓRIAS

Em todo o mundo a prática médica vem passando por grandes modificações. O modelo de assistência à saúde baseado no médico de família, que atuava de forma autônoma tendo que dar satisfações apenas aos seus pacientes e familiares, é cada vez menos praticado. Hoje, a medicina é exercida principalmente em grandes instituições (privadas ou públicas) onde tanto os profissionais como os pacientes estão subordinados à normas, limitações orçamentárias, prioridades, etc., elaboradas a partir de um complexo jogo de interesses políticos e econômicos. Ao mesmo tempo assistimos a um grande aumento quantitativo da produção de serviços de saúde: parcelas crescentes da população estão passando a ser atingidas pelos serviços de saúde e aumenta o número de atos médicos praticados para cada grupo populacional. E neste processo de crescimento da produção e de generalização do consumo de serviços médicos é cada vez mais importante o papel do Estado que tem interferido de maneira crescente nas instituições do setor saúde. Assim, a medicina vem adquirindo novas formas.

Principalmente a partir da crise econômica mundial da década de 1970 vem se consolidando, nos vários países, um novo modelo de prática médica. Este modelo tem recebido de nomeações variadas: Medicina Simplificada, Medicina Comunitária, Serviços de Atenção Primária à Saúde, Programas de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde, etc. No Brasil esta proposta de reorganização e expansão dos serviços de saúde foi difundida inicialmente por entidades internacionais ligadas

aos países capitalistas mais avançados ( Banco Mundial, Fundação Kellogg, Fundação Rockefeller, programas de apoio ao desenvolvimento internacional do governo norte americano, etc). No entanto, no início dos anos 70, as propostas de Medicina Comunitária tornaram-se uma bandeira de luta de grupos de profissionais de saúde de esquerda que começavam a se organizar contra a política de saúde do governo militar voltada basicamente para o apoio da medicina privada praticada principalmente nos hospitais. Posteriormente, com a crise financeira da Previdência Social e com o aumento das reivindicações populares por melhor assistência médica, o modelo de Medicina Simplificada passou a ser progressivamente incorporado nas políticas de saúde do Estado. O atual programa de Ações Integradas de Saúde do Ministério da Previdência e Assistência Social é um exemplo. Como entender este processo tão contraditório?

Este livro narra e analisa uma experiência profissional ocorrida em um serviço de saúde surgido neste processo de consolidação do modelo de Medicina Comunitária no Brasil. É uma tentativa de entendimento destas mudanças havidas na prática médica a partir do estudo de um caso. Tendo feito o meu curso de medicina no início da década de 1970, convivi com as primeiras discussões e experiências de Medicina Comunitária que surgiam no Brasil. Cresci no mesmo ambiente social que possibilitou a sua emergência. E a minha prática profissional foi marcada pelas barreiras, limites e realizações da proposta aqui no Brasil. Como muitos outros profissionais de saúde descontentes com a prática médica especializada, tecnicificada e comercializada exercida nos hospitais privados, busquei, nos serviços de Medicina Comunitária em implantação, um



espaço para a construção de uma medicina mais apropriada as classes populares. Como acontece em muitos outros serviços de Medicina Comunitária tive a oportunidade de presenciar a ação dos movimentos populares sobre o serviço em que atuava, tentando redirecioná-lo segundo os seus interesses. E finalmente, como aconteceu nos vários outros serviços de saúde semelhantes, convivi com o descaso e a utilização eleitoreira por parte do Governo ~~com~~ as necessidades de saúde da população.

~~Enfim~~, a história aqui narrada e analisada não é apenas a história da experiência profissional em que participei. É também a história de um grande número de outros serviços de Medicina Comunitária espalhados por este Brasil afora surgidos neste processo de transformação das políticas de saúde do governo brasileiro e que foram de alguma forma reorientados pela ação de profissionais comprometidos politicamente com as classes populares e pela ação dos movimentos populares locais. O objetivo deste livro é pois contribuir na compreensão destas experiências alternativas de Medicina Comunitária procurando discutir criticamente as práticas clínicas, educativas e políticas realizadas no seu dia a dia. Desta forma, pretendo' levantar alguns aspectos estratégicos na construção de uma medicina mais apropriada às classes populares dentro da atual realidade dos serviços de saúde ~~hoje~~ existentes no Brasil.

Há por este Brasil muitas outras experiências de Medicina Comunitária em que a ação de seus profissionais e movimentos populares organizados conseguiu avançar muito mais na direção de uma medicina mais apropriada aos trabalhadores. Infelizmente pouco tem sido escrito sobre estas experiências, em

grande parte por causa do "sufoco" do trabalho diário em que vivem os seus profissionais. Este livro só foi possível pela oportunidade que tive de realizar um curso de mestrado. Ele se baseia na dissertação defendida no início de 1986 no Mestrado em Educação da UFMG. Contribuiu muito para a sua realização a metodologia de ensino adotado neste curso que tenta se organizar a partir da discussão dos problemas da prática de trabalho de seus alunos.

O fato de ter escolhido a minha prática profissional no interior do Nordeste brasileiro como fio condutor da história aqui narrada e analisada não quer dizer que considere a minha atuação pessoal como o centro das mudanças ocorridas nos serviços de saúde lá existentes. Ao contrário, ao longo deste relato vou justamente tentando mostrar como que os vários acontecimentos e as novas ações de saúde que lá ocorreram tinham suas raízes mais profundas na maneira como que aquela sociedade estava organizada. No entanto, foi através da minha história de vida que tive a oportunidade de entrar em contato e interagir com essa realidade. Ao escrever este livro tentei trazer de novo a tona todo este processo de aprendizado ocorrido, reinterpretando-o a luz dos novos conhecimentos adquiridos no curso de mestrado. A forma de relato pessoal adotado em que procuro, inclusive, documentar as surpresas e as perplexidades que tive foi <sup>TAMBÉM UMA</sup> maneira de preservar aspectos de espontaneidade, de subjetividade <sup>INDIF.</sup>, irracionalidade e de coincidência existentes na vida humana e que em geral não são consideradas nas análises teóricas.

Nota DE DE PAGINA

Nota sobre o autor: Eymard Mourão Vasconcelos, 39 anos, nascido em Belo Horizonte, é médico com especialização em Medicina Interna e Medicina Sanitária. É também mestre em Educação. Trabalha como professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal de Paraíba.

Endereço para correspondência (com antecedência e agradece qualquer comentário e análise):

R. Francisco de Paula 335 apto 304  
30310 Belo Horizonte, M.G.

## CAPÍTULO III

DUAS HISTÓRIAS ENTRELAÇADAS: A IMPLANTAÇÃO DA  
MEDICINA COMUNITÁRIA NO BRASIL E A MINHA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A implantação da Medicina Comunitária (a Medicina Sim - plificada, ou dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, ou dos Programas de Extensão de Cobertura) no Brasil deu-se no mesmo contexto social onde me formei como pessoa e como profissional. Muitas das pessoas que foram importantes neste processo também participaram da minha formação. Eu cresci no estado brasileiro (Minas Gerais) onde aconteceu o projeto-piloto da Medicina Comunitária (o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas Gerais), que mais influenciou e contribuiu para a criação dos programas nacionais. Por isto, o entendimento das origens deste processo de transformação da medicina é, para mim, muito importante: ele me ajudou a entender a minha própria formação como pessoa. Ao mesmo tempo, a compreensão da minha história profissional, na medida em que se assemelha à de outros profissionais, também contribuiu no entendimento da Medicina Comunitária brasileira. Assim, o objetivo deste capítulo é descrever e compreender estas duas histórias tão entrelaçadas que um dia se encontraram mais intensamente no Nordeste brasileiro, mais precisamente no interior do Estado da Paraíba. Sem dúvida foi um encontro construído por opções pessoais, pelo acaso, mas, também, por uma teia de fatores políticos e econômicos, em grande parte internacionais, que eu apenas começo a compreender.

a) APÓS A REVOLUÇÃO CUBANA DE 1959, AS POLÍTICAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA SÃO EXPANDIDAS E REDIRENTADAS

Sou o primeiro filho homem de uma numerosa família católica de Minas Gerais. Tive uma educação dentro de uma moral cristã rigorosa. Politicamente, desde a infância, me identificava com as posições da direita, devido à influência da família. Para mim, o comunismo era um perigo a ser evitado de qualquer maneira. Assim, quem me conheceu criança ou adolescente, jamais pensaria que um dia eu pudesse ter a prática atual. Mas este medo do comunismo não era só da nossa família. Ele era muito presente na sociedade. Afinal, em 1959, quando eu tinha 7 anos de idade, acontecia a revolução cubana. As empresas estrangeiras em Cuba foram nacionalizadas sem indenização. A burguesia internacional, preocupada com a possibilidade de expansão da experiência cubana, usava todos os recursos ao seu alcance para uma propaganda ideológica preventiva. Este medo do comunismo, que foi tão forte na classe média alta latino-americana naquela época e que tanto me influenciou, foi também determinante para a implantação dos projetos da Medicina Comunitária no Brasil e especialmente no Nordeste brasileiro.

Todo este processo que então iniciava, se inseria no contexto da chamada guerra fria entre as nações capitalistas desenvolvidas e os países do bloco socialista. Esta guerra fria era importante para estas nações porque, na verdade, ela significava a luta pela preservação ou expansão do mercado externo para os produtos das suas indústrias. Os grandes monopólios industriais, com sua produção de massa exigem amplos mercados de consumo. As revoluções socialistas no Terceiro Mundo representam, entre outras coisas, uma ameaça à expansão econômica dos países centrais (O'CONNOR,

1977:155). Estas análises, porém, nem de longe passavam na minha cabeça, naquele tempo. Eu percebia todos estes conflitos como uma luta entre democracia (defendida pelos EUA) e o totalitarismo (representado pelo comunismo).

A partir da Revolução Cubana, os problemas sociais, econômicos e militares dos vários países latino-americanos assumiram uma grande importância para os EUA. Proliferaram encontros interamericanos e grupos de estudo de alto nível destinados a discutir e assumir diretrizes comuns para estes problemas. Estudos de alto nível, em relação à área de saúde, também foram feitos pelo governo dos EUA, nesta época. Em 1961 ficava pronto o documento intitulado "Report of Working Group on Education in Medicine and Related Fields in Latin America, Africa and Asia", produzido por representantes das mais importantes universidades americanas e do Departamento de Estado norte-americano. Logo na primeira página, o documento revela a razão de tão grande esforço:

A democracia não pode florescer em uma atmosfera de pobreza, doença e frustração. As instituições livres não podem ser mantidas e, menos ainda, estendidas em um clima de instabilidade econômica e insatisfação política. Em resumo, os Estados Unidos têm um dever para consigo próprio e para com as nações em desenvolvimento, de ajudar a fortalecer as fibras da vida nacional daquelas nações, como uma defesa contra todas as formas de agressão comunista. Os povos podem perfeitamente voltar-se para métodos totalitários se estão dominados pela pobreza e não encontrarem alívio através da adesão às instituições livres e democráticas. Ajudando-os, nos ajudaremos a nós mesmos.

.....

A medicina deverá constituir uma contribuição significativa, não apenas para a saúde pública, mas para o fortalecimento das estruturas econômicas e sociais das nações em desenvolvimento, assim como para a segurança, a longo prazo, dos Estados Unidos.

(SOBRINHO, Dêlcio , 1984:16).

Neste contexto, em agosto de 1961 realizou-se um encontro interamericano de grande importância: a Conferência de Punta del Este, no Uruguai. A partir das diretrizes ali definidas, é estruturada pelo governo americano a Aliança para o Progresso. Ao lado das ações militares, diplomática e de pressão econômica que continuaram a existir, os EUA assumem, então, o compromisso de atuar apoiando o desenvolvimento social, como forma de manutenção de sua hegemonia.

A Aliança para o Progresso tinha planos para o setor de saúde também. Propunha a implementação de uma racionalidade administrativa nas políticas sociais de saúde, as quais seriam expandidas com ênfase em atividades preventivas. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), encarregada de dinamizar este processo de racionalização gerencial do setor de saúde nas várias nações, desenvolveu, juntamente com o Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, um novo método de planejamento das ações locais e nacionais de saúde. Este método, que ficou conhecido como método CENDES/OPAS, foi muito importante para todo o processo de mudança da prática médica que posteriormente ocorreria. A coordenação técnica da equipe que elaborou este projeto acreditava que a solução para a agitação social que florescia não teria que ser inevitavelmente um enfrentamento entre o capitalismo liberal e o comunismo marxista. A racionalidade

técnica no planejamento e na administração dos recursos sociais, frutos do avanço da ciência, poderia oferecer um terceiro caminho alternativo. Esta ideologia e esta nova metodologia técnica foram amplamente difundidas pelos vários países latino-americanos através de cursos que foram se multiplicando (SOBRINHO, Dêlcio, 1984)

Foi também nesta época em que se definiu a prioridade do Nordeste brasileiro, para as novas políticas sociais que se desenvolviam apoiadas pela Aliança para o Progresso. Em 1960, o ano em que as propriedades norte-americanas são nacionalizadas em Cuba, a opinião pública americana "descobre" o Nordeste brasileiro, cuja situação é amplamente divulgada através de seus jornais, revistas e televisões. Segundo estas reportagens, o "Nordeste brasileiro possuía uma população duas vezes maior que a de Cuba, e ela estava sendo agitada e mobilizada pelas Ligas Camponesas de inspiração comunista que aproveitavam da situação de miséria e de carência em que viviam" (SOBRINHO, Dêlcio, 1984:28). Em 1961 o governo americano manda ao Nordeste uma equipe de técnicos para estudar a sua situação e propor planos de ação. Esta equipe produziu um relatório final onde afirma:

**"Consideramos que os problemas que assediam o Nordeste do Brasil são de tal importância para a segurança do hemisfério, que recomendamos fortemente o início de dois tipos de programas..."**

(SOBRINHO, Dêlcio, 1984:29).

Entre as atividades propostas, estavam incluídas a construção de sistemas simplificados de abastecimento de água, a multiplicação de serviços básicos de saúde, e organização de atividades educativas, etc.. A maioria dos projetos da Aliança para o

Progresso não se realizou devido ao seu rápido esvaziamento, após 1963, que teve várias causas, entre as quais, o fim do Governo Kennedy com o seu assassinato, o esquentamento da Guerra do Vietnã e a oposição popular em muitos países latino-americanos à intromissão americana. Mas sua mensagem ideológica e técnica marcou fortemente as políticas sociais da maioria dos países latino-americanos. A maior atenção às populações marginais e o gerenciamento racionalizado das políticas sociais, trazidas pela preocupação americana com a segurança do continente, seriam uma base fundamental para a emergência dos programas de Medicina Comunitária.

**b) COM A REPRESSÃO POLÍTICA, A IGREJA SE TORNA O GRANDE ESPAÇO DE REFLEXÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS. NESTE ESPAÇO, EU ME TRANSFORMO**

Com a ditadura militar imposta pela Revolução de 1964, as várias formas de manifestação política da sociedade civil foram abafadas. Nesta situação, <sup>IMPORTANTES SETORES DA</sup> a Igreja Católica, que conseguiu <sup>RAM</sup> resistir às tentativas de controle político, assumiu <sup>RAM</sup> então um importante papel na sociedade brasileira. Já antes da Revolução de 1964, <sup>a Igreja Católica</sup> ela vinha passando por um grande processo de transformação. Vários movimentos leigos, como a Ação Católica e o Movimento de Educação de Base (MEB), haviam crescido e aos poucos se identificavam com os problemas sociais. Após a Revolução de 1964, a Igreja Católica torna-se o grande espaço de manifestação popular e de ação política dos vários segmentos sociais. Houve então uma intensificação de sua transformação. Como os meus valores tradicionais e reacionários estavam muito ligados à moral cristã, esta transformação por que passou a Igreja foi muito importante para a



minha transformação pessoal. Estava envolvido em uma rígida "courage moral e ideológica" construída através do discurso religioso. Para começar a desmontá-la, foi preciso um novo discurso, mas também religioso. Uma mudança que se iniciou por dentro.

De fato, eu era bem reacionário. Logo após a Revolução de 1964, quando eu tinha cerca de 13 anos, eu vivia defendendo as ações do novo regime militar. Defendia também a intervenção militar americana no Vietnã, nas discussões com os colegas de escola. Era um reacionário. Mas era sincero, convicto e corajoso! Certa vez, fui assistir a uma missa que estava ficando muito badalada, pois o padre que a celebrava tinha posições bastante contestadas e as expressava. A igreja estava cheia. Havia umas 500 pessoas assistindo. Durante os comentários do Evangelho, iniciou-se um bate-papo sobre os problemas sociais do país. Com meus 15 anos, levantei-me e contestei aquela situação. Não me lembro bem o que disse, mas sei que foi algo sobre o perigo daquela discussão ser aproveitada pelos comunistas.

Comecei a participar de grupos cristãos de jovens. No vazio de promoções culturais e organizativas daquela época, os movimentos de juventude proliferaram intensamente. O movimento a que me liguei, o C.J.C. (Cursos de Juventude Cristã), tinha cerca de 3.000 jovens filiados em Minas Gerais. A maioria dos movimentos de juventude se organizavam promovendo encontros que eram realizados em fins de semana. Nestes encontros discutia-se temas religiosos, afetivos e sociais. Eram programadas dinâmicas de grupo, que acabavam conseguindo um alto nível de interação afetiva entre os participantes. Diante da grande carga teórica e emocional concentrada naqueles três dias, as pessoas se "balançavam" internamente. A partir da motivação despertada nos encontros, os participan

tes continuavam a organizar reuniões semanais, onde eram feitas discussões planejadas segundo as necessidades do grupo. Sem dúvida aquela grande proliferação de movimentos de jovens significou uma grande escola para a juventude da época. É impressionante o número de colegas militantes de movimentos populares que se formaram como agentes de transformação social nestes movimentos!

Os temas discutidos nestes grupos de jovens eram, principalmente religião, sexo, relação com os pais, etc.. Mesmo que os assuntos discutidos não fossem muito além dos problemas pessoais e religiosos, a minha participação nestas discussões e neste convívio foi muito importante. Ajudou a quebrar uma parte da rígida couraça moral e religiosa que me envolvia. O posicionamento político que temos está estreitamente ligado à nossa estrutura pessoal e afetiva.

Só aos poucos os problemas sociais iam ganhando importância nas reuniões em que participava. A violência da repressão política, se de um lado criava um medo generalizado, por outro lado centralizava as atenções na questão política. Era um tempo de radicalizações. O fato da Igreja ser, naquela época, um dos poucos espaços de discussão sobre as questões sociais, atraía para o seu meio um grande número de pessoas com experiência e conhecimento nestes assuntos. Tive a oportunidade de conhecer muita gente boa. Uma destas pessoas foi o teólogo jesuíta João Batista Libânio, um dos divulgadores e elaboradores da Teologia da Libertação. Em torno dele se formou um grupo de jovens, vindos de vários movimentos diferentes. Aos pouquinhos a rígida "couraça moral e ideológica" que me envolvia, ia se quebrando.

Um fato que foi muito significativo, foi ter assumido, juntamente com um irmão, a organização de um grupo de jovens na

nossa paróquia. A nossa paróquia de classe média-alta tornou-se o nosso primeiro trabalho comunitário. É muito diferente o aprendizado que se dá quando nos engajamos em uma tarefa social. As dificuldades, as tentativas, os conflitos, os fracassos, as vitórias, significam, também, um tatear, um experimentar a realidade social. Têm uma dimensão pedagógica que não percebíamos bem naquela época, pois estávamos muito envolvidos nos aborrecimentos e nas alegrias do dia-a-dia. O nosso grupo assumiu a coordenação de uma missa de jovens no domingo à noite, que logo ficou muito conhecida em Belo Horizonte. Procurávamos fazer daquela missa um espaço de discussão dos nossos problemas.

Na medida em que alargávamos o nosso campo de atuação, novos problemas surgiam para serem enfrentados. Não imaginava que aqueles enfrentamentos eram também uma preparação para a minha futura prática, no interior da Paraíba, como médico! Nos vários setores da vida social se iniciavam tentativas de rearticulação da discussão sobre as questões sociais. A sociedade, sufocada pela repressão política da ditadura militar, buscava formas de resistência em todos os cantos.

Sem dúvida, os tempos eram sérios. E minha juventude foi séria. Hoje é difícil imaginar o dia-a-dia naquele contexto. Conversávamos com discrição nos lugares públicos, com medo de estarmos sendo escutados. Havia o medo de conversar abertamente com estranhos, temendo tratar-se de um informante da polícia; o sentimento de revolta ao saber que o fulano, amigo do sicrano apanhou, foi preso, foi torturado ou morreu nas mãos da polícia; o "arrepio" ao ouvir a sirene da polícia. Era um medo sempre presente que, ao mesmo tempo que nos sufocava, nos mobilizava para um compromisso social. Mas nem toda a juventude, nem toda a sociedade,

vivia em um clima tão sério no dia-a-dia. Havia em mim um componente pessoal que me fazia radicalizar aquela seriedade. Algo que me identifica com meus pais: uma inquietude, uma certa compulsão para o trabalho. Muitos classificavam esta postura como idealismo, mas eu mesmo tenho minhas dúvidas, pois sei que por trás daquela seriedade de engajamento, havia também uma grande necessidade de reconhecimento pessoal, um querer ser admirado através do trabalho. Esta foi uma característica com a qual tive que conviver e lutar durante toda a minha futura prática profissional. Afinal, para o trabalhador de saúde, a prática comunitária significa estar presente na globalidade da vida social. O querer tornar-me o núcleo da comunidade foi uma tentação sempre presente.

### **c) A MEDICINA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE RESISTÊNCIA À POLÍTICA DE SAÚDE PRIVATIZANTE DO REGIME MILITAR**

Em 1971, quando entrei para a Escola de Medicina, eu ainda tinha caminhado muito pouco no processo de alargamento da minha visão do mundo. Fui fazer Medicina pensando em ser um cientista, um inventor. Agora que este ideal profissional já desmoronou, vejo, com uma certa clareza, que a idéia que eu fazia do cientista assemelhava-se ao Professor Pardal das revistinhas em quadrinhos, de Walt Disney. Era a minha história preferida na infância e adolescência. O Professor Pardal era um cientista sempre com soluções geniais e gloriosas para todos os problemas. Mas no fim do 2º ano do curso de Medicina, fui fazer um estágio com pesquisadores do Departamento de Fisiologia e me decepcionei. Ser cientista é algo que exige muito método, muita paciência. E, antes de tudo, é

um trabalho subordinado às diretrizes gerais da instituição de pesquisa. Não é nada mirabolante, como a imagem do Professor Pardal.

E aí eu entrei em crise. O que quero ser? O que fazer com o meu curso de Medicina? Foi duro! Pensei em largar tudo. Procurei psicólogos para fazer uma nova orientação vocacional. Mas a crise continuava. Foi bom! Ela me permitiu reelaborar a minha escolha profissional, incorporando as reflexões e as mudanças que a participação nos grupos de jovens e a vivência daquele momento político estavam me trazendo. Na busca de uma solução para a crise vocacional, acabei tendo o meu primeiro encontro com o movimento da Medicina Comunitária aqui no Brasil. Mas de onde vinha este movimento (ou movimentos)?

A Revolução de 1964 tinha representado a consolidação do poder <sup>de uma elite empresarial capitalista</sup> do capital monopolista, a nível do Estado brasileiro. Iniciou-se uma profunda mudança no regime que teria uma importante implicação na organização dos serviços da saúde. Os cargos-chaves de política e de administração foram ocupados por militares, por industriais, banqueiros e por técnicos ligados às grandes empresas (DREIFUSS, René, 1981). No que tange às políticas de saúde as mudanças ocorreram no sentido de intensificar e favorecer a privatização do setor. Foram criados incentivos para a implantação de multinacionais farmacêuticas no território nacional. O montante de recursos destinados à saúde pública foi reduzido <sup>para ser canalizado para a previdência social</sup> para ser canalizado para a previdência social que, por sua vez, passou a atuar, cada vez mais, como financiadora e compradora de serviços do empresariado médico. Ampliam-se rapidamente os contratos com o setor privado, através do credenciamento de casas de saúde, hospitais privados (pagas por unidade de serviço prestado) e através

de convênios com empresas de medicina de grupo (sistema de pré-pagamento).

Ao mesmo tempo, a racionalidade administrativa e o planejamento se tornam as técnicas fundamentais no discurso e na prática dos novos governantes. Até 1964 a administração era feita baseada em outra racionalidade. A abertura política, então existente, permitia a manifestação dos mais diversos interesses, ora aliados, ora divergentes. Todos estes interesses tinham algum tipo de acesso às decisões fundamentais que conduziam a vida nacional. Assim, a idéia de um planejamento tecnocrático uniformizante tornava-se inviável.

Após o golpe militar de 1964, o planejamento técnico passa a ser, no novo contexto autoritário, a solução mágica em nome da qual se exercia a ditadura, à revelia dos interesses dos assalariados em geral. Numa sociedade em que o debate político estava proibido e a expropriação do proletariado e camponato alcançava índices excepcionais, era importante "legitimar" a ditadura ,

*por meio de difusão da idéia de que tanto as políticas econômicas como as políticas sociais do governo estavam sendo definidas segundo os princípios da coerência administrativa, do planejamento, da modernização e da racionalidade. Esta valorização do planejamento técnico resultou, no setor saúde, em um amplo processo de transformação administrativa da previdência social que foi então centralizada.*

Com a ditadura militar consolidada, tornou-se menos importante a necessidade de se buscar a estabilidade política e social, através de programas de desenvolvimento social, como aqueles que vinham sendo incentivados pela Aliança para o Progresso. Foram esquecidos os programas voltados para os problemas coleti -

vos de saúde das populações carentes. O esforço de generalização da assistência de saúde a novos setores populacionais se reduziu e se concentrou nas medidas de incentivo à expansão das empresas privadas, prestadoras de serviços individuais de saúde, conveniadas com a previdência social. Foram também credenciados pela previdência um grande número de consultórios médicos particulares. Este esforço de generalização de assistência médica se reduziu, portanto, à faixa da população que era assalariada e que, por isto, descontava para a previdência social.

Mas em todos os setores da vida social se organizavam núcleos de resistência às políticas econômicas e sociais do regime. Profissionais de saúde de várias instituições, principalmente os sanitaristas, sediados nos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas universidades, começaram a contestar a orientação privatizante das políticas oficiais de saúde e a propor políticas alterantivas.

Em 1967 inicia-se, na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, o curso de especialização em planejamento de saúde, baseado na técnica CENDES/DPAS, desenvolvida dentro do espírito da Aliança para o Progresso. Apesar desta técnica ter sido estruturada a partir da preocupação com a manutenção da hegemonia política americana, ela trazia elementos antagônicos à tendência privatizante da política então em vigor no Brasil. Ela defendia a implementação de serviços públicos de saúde, redirecionados pela racionalidade administrativa e de planejamento. Os técnicos formados por este curso, ao voltarem às suas instituições de origem, trazem novas bases para os movimentos de profissionais de saúde, em resistência às políticas oficiais de saúde.

Neste contexto começam a surgir uma série de projetos e

experiências, denominados de Medicina Comunitária, realizados por iniciativa do Departamento de Medicina Preventiva, de diversas universidades. São exemplos destas experiências (SOBRINHO, Dêlcio, 1984:188):

- . Programa de Medicina Comunitária de Londrina (Paraná), patrocinado pela Universidade de Londrina, em convênio com a Prefeitura Municipal e que se iniciou em 1969.
- . Projeto de Saúde Comunitária da UNICAMP (Campinas - SP), iniciado em 1971.
- . Projeto de Saúde Comunitária - Projeto Vitória - realizado pela Universidade Federal de Pernambuco, em Vitória de Santo Antão, iniciado no começo da década de 1970.
- . Outros, como o da Universidade de São Paulo (no Vale da Ribeira) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (em Nova Iguaçu).

Um bom número destes projetos foi financiado por entidades internacionais (Fundação Kellogg, Fundação Rockefeller, Fundação Ford, etc.). A maioria não conseguiu se expandir ou teve uma duração limitada, mas significaram importantes espaços de discussão, de aperfeiçoamento da proposta alternativa e de contestação à política da saúde dominante no Brasil. Em torno da discussão da proposta de Medicina Comunitária se articularam os profissionais de saúde, com posicionamentos de esquerda. A Medicina Comunitária passou a ser divulgada como a alternativa popular e



de "esquerda" para o setor de saúde. Se ela foi divulgada, inicialmente no Brasil, sob o patrocínio de instituições norte-americanas, preocupadas com a estabilidade política da ordem social capitalista, ao tornar-se uma proposta da esquerda médica, ela foi, de alguma forma, redirecionada. Assim, no I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde, realizado na década de 1970, Cecília Donângelo (sanitarista com grande liderança na esquerda médica) afirmava:

... "é preciso não ignorar que o projeto de Medicina Comunitária vem sendo defendido, não apenas por uma minoria, mas por uma minoria dominada no setor saúde [...] estamos diante de um trabalho de dominados para dominados [...] Há portanto um projeto e, mais do que isto, um velho projeto, se não tecnicamente acabado, por certo politicamente definido, reiterado e reafirmado durante esses anos em que tenho participado do esforço coletivo, no sentido de elaboração de uma proposta alternativa [...] Mas vejo, com muita desconfiança, a viabilização, em nível das instituições centrais, de propostas alternativas muito diferentes daquilo que caracteriza a Medicina convencional neste país."

(SOBRINHO, Dêlcio, 1984: 188)

Paralelamente em Minas Gerais, o governo estadual optava por desenvolver uma política agressiva de industrialização. Para isto promoveu um intenso movimento de modernização administrativa. A Secretaria Estadual de Saúde é atingida por este processo, com o objetivo de aumentar a produtividade de suas ações e assim poupar recursos para serem aplicados em obras infra-estruturais para a indústria emergente. E isto, em parte, foi conseguido: a participação da Secretaria Estadual de Saúde, no orçamento glo-

bal do Estado, cai de 6%, em 1970, para 1,8%, em 1974 (SOBRINHO, Dêlcio, 1984, 118 } O clientelismo político que dominava a Secretaria de Saúde e a descoordenação das ações implementadas pelos seus diversos departamentos eram barreiras a esta modernização administrativa. 5/ PLANO 84/85

→ A partir de 1969 é criada uma unidade de planejamento e controle em sua sede, que passa a reorientar todas as suas atividades. Este processo coincide com a chegada de técnicos que haviam realizado o curso de planejamento em saúde, pelo método CENDES/OPAS. Eles são prontamente aproveitados em cargos-chaves da nova estrutura administrativa. Um destes técnicos, Eugênio Vilaça, era um ex-militante da J.U.C. (Juventude Universitária Católica), movimento católico leigo, que tinha caminhado no sentido de um engajamento com os problemas sociais. A Secretaria de Saúde, necessitando modernizar para adequar à nova ordem econômica, acaba absorvendo técnicos orientados por projetos contraditórios com relação à orientação privatizante da política oficial de saúde dominante. Consolida-se, neste momento, um núcleo de resistência e de germinação de uma proposta alternativa.

Dentro desta dinâmica é criado, em 1971, o Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, com sede em Diamantina, com o objetivo de coordenar a implantação e a experimentação de uma estrutura de serviços de saúde, orientada pelo método CENDES/OPAS e pelas idéias de Medicina Comunitária que vinham sendo deli-  
neadas nas experiências pilotos, dos Departamentos de Medicina Preventiva de várias universidades brasileiras. É convidado, por Eugênio Vilaça, para coordenar o projeto, o médico Francisco Assis Machado, mais conhecido por Chicão, também ex-militante da J.U.C. e que hoje é membro do Partido Comunista Brasileiro. Segundo depoimento pessoal do mesmo (entrevista em novembro de 1985), naque

la época ele se orientava pelo desejo de contribuir para a justiça social que tinha desenvolvido em sua participação na J.U.C.. Tinha uma noção clara de que a péssima situação de saúde da população se devia a uma exploração de classe. Sabia que o modelo de organização dos serviços de saúde, defendido pelo método CENDES / OPAS, que se baseava, em grande parte, na implementação de medidas preventivas, de caráter eminentemente técnico, não era suficiente para responder às necessidades da população. Não tinha, inicialmente, clareza de um modelo alternativo de assistência à saúde, mas com uma sensibilidade social foi, aos poucos, procurando redirecionar o projeto original.

Uma inovação significativa implementada, foi a criação, em Diamantina, de um Conselho Técnico Administrativo, escolhido periodicamente por todos os empregados do Centro Regional de Saúde. Segundo Chicão, um dos objetivos estratégicos deste Conselho, era fazer com que as decisões do Centro fossem influenciadas pelos vários segmentos sociais da região que, de alguma forma, se representavam na diversidade de origem dos funcionários. Esta participação dos funcionários nas decisões, além de gerar, a longo prazo, um redirecionamento do projeto, criou um nível de compromisso pessoal e dedicação ao trabalho pouco usual nos serviços públicos. Foi conseguido um grande nível de eficiência em muitas ações realizadas. Apesar da carência de recursos que impossibilitavam o desenvolvimento de uma rede de serviços de saúde que respondesse às necessidades de saúde da população, a experiência do Vale do Jequitinhonha significou a primeira oportunidade com uma dimensão regional em que o projeto da Medicina Comunitária pôde ser confrontado e redirecionado com as exigências da prática (SOBRINHO, Délcio, 1984:121). O projeto de Medicina Comunitária, ali de-

envolvido e redirecionado (no sentido de ampliação da participação das camadas populares nas decisões), tornou-se um centro de atenção, reflexões e divulgações, tanto por parte dos órgãos internacionais de desenvolvimento (como a OPAS) como de grupos de profissionais e estudantes da área de saúde, preocupados em resistir à política oficial de saúde.

#### d) O MEU PRIMEIRO ENCONTRO COM A MEDICINA COMUNITÁRIA

Foi com esta corrente de Medicina Comunitária que tive o meu primeiro encontro. Com a crise vocacional em que me encontrava, comecei a procurar contatos com outras instituições. Fui participar, em 1974, da I Semana de Saúde Comunitária (I SESAC), promovido pelo Diretório Acadêmico da Escola de Medicina da UFMG, em conjunto com outros Diretórios Acadêmicos e grupos estudantis de vários Estados brasileiros. A I SESAC foi fruto da grande movimentação estudantil da época. Durante a ditadura militar, o movimento estudantil universitário foi um dos segmentos da sociedade que mais se mobilizou em resistência às suas políticas. Alguns setores deste movimento estudantil começavam a se preocupar em desenvolver propostas alternativas de prática profissional.

Durante a I SESAC, fiquei fascinado. Pela primeira vez consegui perceber uma maneira de correlacionar o engajamento social, que aos poucos ia desenvolvendo com a participação nos grupos de jovens, com a minha futura profissão.. Após a SESAC, fui, juntamente com outros participantes, participar de um estágio de vinte dias nos serviços de saúde recém-implantados no Vale do Jequitinhonha. Foi uma experiência marcante! Fiquei impressionado como

um médico, a partir de sua atuação clínica, passa a ter oportunidade de se integrar a toda dinâmica social ~~de sua~~ comunidade. Como era rica essa dinâmica! Como era gratificante para o médico esta participação! E como tudo isto podia se encaixar em um projeto de transformação social! Interessante que o entusiasmo não era só meu. As delegações dos vários Estados debatiam apaixonadamente. O grupo de estudantes que estagiara no Vale do Jequitinhonha voltou empolgado. Parecia que havia sido preenchido um nosso vazio interior. Para nós que vivíamos angustiados pela convivência com tantos problemas e misérias sociais, com tanta injustiça e com tanta violência política e que buscávamos formas concretas e viáveis de atuação social, nossa relação com a Medicina Comunitária se tornou um novo caso de amor. Muitos sonhos, muitas ilusões, ~~Um caso de amor.~~

#### e) OS MOVIMENTOS POPULARES CRECEM. OS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPAM DA MOVIMENTAÇÃO

O grupo de estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais, que participou mais ativamente da I SESAC, organizou-se e formou o Centro de Estudos de Saúde, no qual eu estava inserido. Inicialmente foi mesmo um grupo de estudos. Discutíamos textos críticos e fazíamos debates. Diante de um curso médico, voltado quase que apenas para a dimensão biológica de doença, nós íamos construindo o nosso currículo paralelo. Mas fomos percebendo que o que íamos aprendendo não podia ficar só conosco. O currículo oficial, mesmo as disciplinas do Departamento de Medicina Preventiva, não levava nenhuma destas discussões com os outros cole-

gas. Propusemos ocupar este espaço. Começamos distribuindo pequenos textos de crítica à prática médica, no refeitório. Promovemos Ciclos de Debates, com a participação de profissionais de outras instituições. Organizamos caravanas para participações nas outras SESAC, que passaram a se realizar anualmente, em Estados diferentes. Até mesmo publicamos revistas com textos selecionados. Tivemos uma boa receptividade, tanto entre os alunos como entre os professores. Parecia que havia uma carência "geral de repensar a prática profissional. Acho que tudo estava ligado ao momento histórico em que vivíamos. O famoso "milagre econômico brasileiro" (o crescimento da economia brasileira em taxas altíssimas), que, no início da década de 1970 empolgara tanta gente, entrava em fase de descrédito, na medida em que a população ia percebendo que ele ocorrera às custas de uma piora das suas condições de vida. Nas eleições de 1974 o regime militar sofre a sua primeira derrota. A nação brasileira começava a sentir que era preciso mudar e procurar formas de conseguir esta mudança. A discussão da Medicina Comunitária foi o núcleo deste movimento crítico, dentro da área de saúde. As pessoas que trabalhavam no Centro de Estudos de Saúde não imaginavam, na época, o significado daquela prática.

A Escola de Medicina, nesse período, estava em processo de reforma curricular. A movimentação estudantil influenciou muito a reforma. Em pouco tempo, a proposta de Medicina Comunitária, que antes era uma proposta de contestação às políticas de saúde vigentes, começou a ser incorporada com uma certa facilidade, pelas instituições oficiais. Assim, o novo currículo do curso de Medicina passa a conter uma ampla carga horária para disciplinas que tinham como objetivo discutir a proposta. É organizado o Internato Rural, onde todos os alunos do último ano do curso médico pas

Am X  
sam a ser obrigados a fazer estágios de 3 meses de duração, em áreas rurais, semelhantes às aquelas em que fomos no Vale do Jequitinhonha. É certo que parte desta mudança havia sido conquistada pela movimentação estudantil. Mas por que o novo currículo de nossa Escola de Medicina passou a ser divulgado e defendido pelos mais variados órgãos oficiais (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, OPAS, Fundação Kellogs, etc.)? Alguma coisa havia mudado para que importantes setores do poder estatal passassem a defender as nossas propostas, que até então achávamos serem de "esquerda", de "oposição", até revolucionárias. Na verdade eu não percebia bem esta mudança. Continuava achando que as "vitórias" conseguidas eram apenas fruto da articulação e da organização dos profissionais progressistas da saúde.

Após o estágio no Vale do Jequitinhonha, em todas as outras férias, eu arranjava algum jeito de fazer um estágio de saúde comunitária em alguma área rural. Estes estágios e a minha prática no Centro de Estudos de Saúde reorientaram inclusive o meu estudo. Passei a buscar uma formação médica mais ampla possível e com muito mais entusiasmo. Tanto assim, que as minhas notas nas várias disciplinas eram das melhores na turma. Ao estudar uma doença procurava dar ênfase aos aspectos que percebia serem importantes futuramente, em trabalhos em Centros de Saúde.

Mas apesar de ser um bom aluno, formei-me muito inseguro da minha capacidade clínica. Resolvi fazer uma Residência de Clínica Médica, na falta de uma Residência menos especializada. E foi uma boa decisão. Com a Residência, eu adquiri uma segurança como médico, que me fez mais forte para enfrentar os vários conflitos e oposições de minha futura prática. Além disto, conheci, com maior clareza, todo o potencial da medicina moderna para en-

frentar os problemas de saúde e assim não caí na postura que considero errada, de uma parte significativa da esquerda médica, que vê na prática médica apenas uma prática de dominação e de exploração econômica. Esta visão, quando levada aos trabalhadores, acaba retardando as suas lutas pelo direito à saúde.

Logo no início da Residência, fui eleito presidente da associação dos 150 residentes do Hospital das Clínicas da UFMG. Alguns colegas de movimento estudantil me gozavam, dizendo que eu ia perder tempo, pois a maioria dos residentes só estariam pensando em concluir uma especialização, para depois ter uma posição de destaque na sociedade. Seria um trabalho sem frutos, pois eles representavam apenas um segmento da aristocracia da sociedade. Mas eles estavam enganados. Na verdade a profissão médica estava passando por transformações intensas e os médicos, na sua maioria, já não eram aqueles profissionais cheios de pompa e prestígio como outrora. Poucos conseguiam ser profissionais liberais autônomos. Passaram a ser trabalhadores assalariados, explorados e subordinados nas grandes instituições médicas (empresas privadas ou órgãos públicos). E a residência médica era a ponta de lança deste processo de proletarização da categoria. Os grandes hospitais usavam os médicos recém-formados, necessitados de uma especialização, devido à estrutura do mercado de trabalho, como mão-de-obra quase gratuita. Os médicos residentes trabalhavam, em média, 60 horas semanais, sem nenhum direito trabalhista reconhecido e com um salário inferior ao salário mínimo, estipulado para qualquer trabalhador. Naquela época eu não compreendia este processo mais amplo por que passava a medicina brasileira, mas eu percebia que a Residência Médica não era nenhum ninho de aristocratas, mas sim, um local carregado de contradições e injustiças.



De fato, o movimento de residentes era bem fraco em Belo Horizonte, se bem que já em grande crescimento a nível nacional. Foi organizado um Conselho de Residentes, para o qual procurava progressivamente delegar poder e discutir as estratégias de ação. E a prática no Centro de Estudos de Saúde tinha me ensinado o valor do trabalho educativo continuado. Uma estratégia simples, mas que surpreendeu pelo resultado, foi a utilização de um mural, na saída do refeitório, sempre atualizado com notícias das várias clínicas, das decisões administrativas, artigos, etc.. A existência de um núcleo de residentes mais organizado, associado a este trabalho de divulgação e a própria situação dos residentes fez com que no último mês de minha residência (janeiro de 1978) explodisse uma greve no Hospital das Clínicas. Foi de fato uma explosão. A greve envolve todos, mexe com tudo. Residentes que nunca tinham mostrado nenhum interesse estavam, de repente, discutindo apaixonadamente e propondo estratégias. Fiquei impressionado com o salto organizativo e educativo que aquela greve representou.

Na medida em que crescia o movimento de residentes no Hospital das Clínicas, começou a surgir a idéia de se criar uma Associação Mineira de Médicos Residentes. Só em Belo Horizonte havia cerca de 600 residentes. No início, as reuniões eram custosas. Tinha reunião em que só havia eu e outra pessoa. Mas a situação de exploração era grande e os problemas sempre surgiam. Em torno deles os residentes, aos poucos, iam se organizando. Em um ano, a Associação Mineira de Médicos Residentes foi criada e passou a ter uma atuação bem dinâmica. Organizaram-se associações de residentes em vários hospitais. Fui Diretor Cultural da primeira Diretoria da Associação. Aprendi muito mais com todo este trabalho com os residentes do que se estivesse apenas me dedicando ao estudo

clínico. Engraçado como que muitos colegas comentavam que eu estava perdendo o meu tempo de estudo, com a minha militância. Na verdade eu aprofundei muito o meu conhecimento médico com esta militância. Fui, aos poucos, descobrindo o jogo de forças e de interesses que corre por detrás da aparência limpa e formal da prática médica. Até a minha esposa, Nelsina, eu conheci reivindicando melhorias na alimentação fornecida aos residentes. Ela era nutricionista, chefe do serviço de nutrição do hospital.

Mas não eram só os médicos residentes que sofriam um processo de exploração. Com o grande crescimento das empresas médicas privadas, devido à política oficial de saúde vigente e à lenta mas progressiva expansão das instituições públicas, prestadoras de serviços de saúde, a porcentagem dos médicos assalariados tinha crescido enormemente. A situação anterior em que a maioria dos médicos eram profissionais liberais autônomos <sup>trabalhando</sup> em seus próprios consultórios e que <sup>gozavam</sup> de grande prestígio social, tinha acabado. A súbita mudança ocorrida causava um intenso sentimento de frustração para os médicos. A categoria médica, cada vez mais, estava submetida ao mesmo processo de subordinação, desqualificação e assalariamento em que estava submetido o restante da classe trabalhadora. Percebendo isto e animados pelo grande crescimento do movimento dos médicos residentes, um grupo de médicos, que já tinha participado intensamente do movimento estudantil e outros movimentos de resistência política, se organiza e forma o Grupo de Estudos Médicos (G.E.M.). No G.E.M. usamos a mesma estratégia de luta: um trabalho de divulgação com jornais e reuniões, por local de trabalho; o aproveitamento das pequenas lutas e problemas da categoria; o esforço de ir, aos poucos, ampliando o núcleo mais organizado de médicos. Em pouco tempo o Sindicato dos

Médicos de Belo Horizonte, até então muito pelego, foi tomado por uma chapa organizada pelo G.E.M.. Posteriormente, outra chapa formada pelo G.E.M. foi vitoriosa também nas eleições do Conselho Regional de Medicina. Enfim, vivíamos em uma época de grande agitação política. Em todo Brasil, os movimentos populares cresciam.

Todo este rápido crescimento do movimento médico, que tive oportunidade de participar, foi aumentando a minha confiança na possibilidade de se poder construir uma sociedade nova, através da organização dos trabalhadores. Uma confiança na estratégia de buscar formar núcleos organizados de trabalhadores que tomem a frente deste trabalho de mobilização, divulgação, articulação, etc., iniciando por pequenos problemas concretos que a categoria enfrenta. Cada vez mais me convencia da importância do trabalho educativo. Enfim, adquiri uma segurança de que os movimentos sociais, iniciados a partir de uma situação concreta de exploração, acabam por prosperar se houver um trabalho persistente de organização. E que o desinteresse, o medo e as oposições que tanto desanimam as primeiras iniciativas não são obstáculos intransponíveis. Mas nada se faz sem muito trabalho: um trabalho miúdo e muitas vezes desinteressante. Só mais tarde percebi como a minha participação em toda esta movimentação, em todo este trabalho miúdo, junto à categoria dos médicos, tinha muito em comum com a atuação comunitária que eu me preparava para desenvolver.

#### F) A CAMINHADA DA MEDICINA COMUNITÁRIA ATÉ O NORDESTE

Em 1978 terminei o meu curso de Residência. Era a hora de começar a trabalhar. A proposta da medicina Comunitária era o

meu projeto. Mas, nesta época, como andava no Brasil a proposta ?

A partir de 1974 a economia brasileira tinha começado a mostrar, cada vez mais claramente, os reflexos da crise econômica do capitalismo mundial. O grande crescimento da economia, que sustentou por anos o mito do "milagre econômico brasileiro", começou a desaquecer. As contradições do modelo de desenvolvimento, adotado pelo regime militar, começaram a se mostrar mais claramente. São cada vez mais difundidos os estudos mostrando o aumento da desigualdade social e o empobrecimento das camadas mais baixas da população. Começa a se esfacelar a legitimidade da ordem política existente. Diante da ameaça de desmoronamento de sua hegemonia política, o regime militar começa a dar nova ênfase às políticas sociais. Conseqüentemente, as políticas de saúde, destinadas às populações marginais, passam a merecer novamente mais atenção. Órgãos internacionais de apoio ao desenvolvimento social do Terceiro Mundo intensificam seus contatos, no sentido de dinamizar e reorientar as políticas sociais. Este contexto político terá grandes implicações para os projetos da Medicina Comunitária.

Em Minas Gerais surge o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, que se constituirá na experiência piloto de maior repercussão nacional, no processo de difusão do modelo de Medicina Comunitária. Desde 1956, um missionário americano da Igreja Adventista, Leslie Scofield, vinha trabalhando na região do Norte de Minas Gerais, desenvolvendo serviços de saúde simplificados, com ênfase na participação de auxiliares de saúde. Em 1968 Scofield volta aos EUA para fazer um curso de doutorado, onde se dedica ao estudo sobre as bases para a organização de serviços de saúde, adequados à implantação de um programa de controle da natalidade, na região do Norte de Minas. Em uma

monografia, por ele realizada durante o seu curso, Scofield afirma (SOBRINHO, Dêlcio, 1984:60) que havia uma urgência de ser abordado o problema da explosão demográfica no Brasil, pois estava crescendo o grau de insatisfação da população, cuja principal causa seria o rápido crescimento populacional. Esta situação de insatisfação estava levando, para muitos, a idéia de uma revolução violenta, como o único caminho, e era assim um campo fértil para as atividades comunistas. Diante da resistência cultural do povo brasileiro em aceitar campanhas abertas de controle da natalidade, a única estratégia viável seria a implantação de uma ampla rede de serviços de saúde simplificados, baseados na utilização de auxiliares de saúde. Scofield se baseia, para delinear as características destes serviços, nas experiências já desenvolvidas em colônias africanas e no sul da Ásia. Nestes serviços seria dada ênfase progressiva ao grupo materno-infantil, onde, pacientemente, seriam introduzidas técnicas de controle da natalidade (SOBRINHO, Dêlcio, 1984).

Em 1970, Scofield volta para o Norte de Minas, com grande cobertura financeira da Family Health Foundation, que recebia recursos do Congresso norte-americano para desenvolver, em países do Terceiro Mundo, programas de controle populacional. Contrata uma ampla equipe de brasileiros muito bem pagos e começa a articular, com as várias instituições brasileiras, no sentido de colocar em funcionamento o seu projeto de saúde, que pretendia ser um modelo para futuras expansões em toda a América Latina. Seu projeto começa a enfrentar oposições por parte de técnicos, dentro da Secretaria Estadual de Saúde, que percebiam a estratégia de controle da natalidade nele embutida. Mas estas resistências são facilmente quebradas quando, subitamente, chega a notícia que o go-

verno norte-americano havia concedido um empréstimo de 4 milhões de dólares para a implementação do projeto de saúde no Norte de Minas Gerais, com as características defendidas por Scofield.

A Secretaria Estadual de Saúde é obrigada, então, a implementar o projeto para não perder os recursos oferecidos. No entanto, ela consegue tomar a frente do projeto, deixando de lado a equipe coordenada por Scofield. O médico Francisco de Assis Machado, o Chicão, que tinha conseguido um grande prestígio com a coordenação do Centro Regional de Saúde do Vale do Jequitinhonha, é convidado para coordenar o projeto do Norte de Minas, que se inicia em 1975. Para esta indicação foram importantes também as articulações pessoais que foram se estabelecendo entre os profissionais progressistas, incrustados nas várias instituições de saúde nacionais e internacionais (dados da entrevista com Dr. Francisco Machado, em 1985).

O autoritarismo político, vigente na época, levava a uma grande concentração de poder nas mãos dos técnicos, sediados no núcleo central da administração pública. A influência dos políticos, de parlamentares era ~~mínima~~, inclusive na indicação de nomes para ocupar as vagas do serviço público. Interessante que esta conjuntura autoritária permitiu que a equipe técnica do Centro Regional do Norte de Minas fosse escolhida, com grande grau de autonomia, pelo seu novo Diretor. Vários ex-colegas meus, que haviam se destacado em sua combatividade dentro do movimento estudantil, foram contratados. Criou-se um corpo técnico composto de profissionais, na maioria jovens, com uma postura política de esquerda. Montes Claros (a cidade-pólo da região), tornou-se o centro das atenções dos profissionais de saúde de todo o Brasil que tinham um compromisso político com as classes populares. Diante da impossibili

dade de participação política na sociedade brasileira, as experiências de Medicina Comunitária eram vividas como que uma "sublimação" da necessidade de participação.

A experiência de democratização das decisões, por parte de todos os funcionários do Centro Regional de Saúde, já vivenciada no Vale do Jequitinhonha, foi aprofundada em Montes Claros. A questão da participação popular no controle dos serviços de saúde era uma das preocupações maiores. A chamada pedagogia libertadora, sistematizada por Paulo Freire, era uma metodologia de trabalho, fundamental em várias tarefas. Em um ano foram implantadas mais de 100 Unidades Auxiliares de Saúde (operadas por auxiliares de saúde) em povoados e distritos, e 36 Centros de Saúde, nos 46 municípios da região. Para operá-los, foram treinados 292 auxiliares de saúde, no curto período de 5 meses. Não estavam previstos recursos para manter em funcionamento todas essas unidades. A estratégia adotada era fazer com que o INAMPS, até então voltado apenas para o financiamento da iniciativa privada, colocado diante do fato consumado, fosse obrigado a assumir o ônus da sua manutenção. Foi o que aconteceu, abrindo um precedente para que o mesmo acontecesse em outros Estados brasileiros.

Enfim, o Estado brasileiro, diante do progressivo esfacelamento de sua legitimidade, se vê obrigado a intensificar suas políticas sociais. A nível do setor de saúde, as propostas de Medicina Comunitária, representavam a alternativa racional e de baixo custo e, por isto, elas foram experimentadas em algumas regiões. Acontece que no Brasil os técnicos capacitados para implementá-las eram pessoas com posições políticas de esquerda. Desta forma as experiências pioneiras que aqui ocorreram foram, até certo ponto, redirecionadas no sentido de se adequarem melhor às neces-

sidades da população usuária e de considerarem os interesses e a participação dos profissionais executores.

Com a progressiva intensificação da crise econômica e financeira do país e conseqüentemente da previdência social, vai ficando claro, junto aos técnicos dos órgãos federais de planejamento, a inviabilidade econômica de se continuar propondo a extensão da assistência médica, dentro do modelo que vinha sendo até então incentivado (modelo médico hospitalar e privado). Os movimentos populares estavam em plena expansão, exigindo do Estado os seus direitos. O partido de oposição (MDB) crescia sua força política. A hegemonia política do regime era crescentemente ameaçada. Surgem vários estudos demonstrando a piora das condições de saúde da população brasileira, com o modelo econômico adotado, após a revolução de 1964, baseado no apoio ao grande capital monopolista. Mesmo na cidade de São Paulo, onde se concentrava o desenvolvimento econômico, a taxa de mortalidade infantil passou de 61 óbitos por 1.000 crianças nascidas vivas, em 1960, para 95 por 1.000, em 1973. Cresce a pressão das agências internacionais de desenvolvimento (OMS, OPAS, Fundação Ford, Rockefeller, Kellogg, etc.) no sentido de uma racionalização das políticas sociais de saúde. Hoje, fico impressionado com a perspicácia destas agências financiadas pelos países capitalistas centrais em perceber as ameaças de quebra da ordem política e em perceber, com antecedência, a necessidade de reorientação das políticas sociais. Na época, de modo algum, eu percebia como que os seus posicionamentos conflitantes com a política oficial privatizante obedeciam, na verdade, também à lógica capitalista.

Em 1975 o Governo Federal decide incorporar o modelo da Medicina Comunitária, até então realizado no Brasil, apenas sob a



forma de experiências pioneiras, como parte de suas políticas oficiais da saúde. É criado o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), ligado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar e implementar o projeto. É convidado para coordenar a sua equipe o Dr. Francisco de Assis Machado, até então diretor do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, que administrava a experiência mais avançada já realizada no país. Consegue-se criar uma equipe técnica em que as principais tendências e forças políticas de esquerda estavam sendo representadas (dados da entrevista com Chicão em 1985). A partir do PIASS, a experiência do Norte de Minas é divulgada ainda mais e se torna um modelo para o projeto nacional.

Mas a coordenação técnica do PIASS sofre uma série de oposições por parte de outros setores do Governo Federal. Dirigentes da previdência social, ligados aos interesses dos hospitais privados, começam a ver no programa uma ameaça de estatização do setor de saúde. Diante desta oposição, o PIASS é obrigado a se voltar para a criação de serviços de saúde, apenas em áreas ainda não ocupadas pela iniciativa privada. Torna-se seu objetivo a cobertura das populações de municípios com menos de 20.000 habitantes, do Nordeste brasileiro. E diante da dificuldade de se conseguir o compromisso da previdência social em financiar o programa, adota-se a estratégia de se abrirem o maior número possível de Postos e Centros de Saúde para que, posteriormente, quando os recursos financeiros terminassem, as populações e os políticos locais comessem a apoiá-los na luta, junto ao INAMPS, por mais recursos. Representantes do Banco Mundial pressionaram para que, no programa, fossem incorporadas ações voltadas para o controle da natalidade. Não conseguindo, retiraram todo o seu apoio financeiro. Setores mais con

servadores do Ministério da Saúde (funcionários da Fundação SESP) tentaram direcionar o programa, no sentido de que suas ações se restringissem apenas a medidas de caráter eminentemente técnico.

#### g) A MINHA CAMINHADA ATÉ O NORDESTE

Em 1978, ano em que terminei a minha residência de Clínica Médica e saí à procura de um local para trabalhar, começavam a ser construídos os primeiros Centros e Postos de Saúde pelo PIASS. Mas, na verdade, eu, envolvido com a Clínica Médica e com o movimento de médicos residentes, pouco acompanhei este processo que acontecia a nível nacional. No entanto, acabei ~~trombando com~~ o PIASS. Nelsina, minha companheira, é nordestina (de Recife). Por isto a região que mais visitamos, à procura de um "espaço" bom para trabalhar, foi o Nordeste. Logo que terminei ~~a~~ <sup>minha</sup> residência, Nelsina e eu saímos viajando por vários Estados brasileiros, procurando conhecer as opções de trabalho que mais se adequassem à nossa proposta pessoal. Que sonho orientava a nossa procura?

Dentro do ambiente existente no país de resistência à dominação política e econômica, a Igreja Católica caminhará muito no sentido de se integrar aos grupos populares e às comunidades pobres. Surgiram as Comunidades Eclesiais de Base: as comunidades locais se organizando a partir da religião e então passando a buscar resolver seus problemas coletivamente. A partir dessas Comunidades Eclesiais de Base, o movimento popular retomou o seu crescimento. Em vários locais estes novos movimentos populares se voltam para enfrentar os seus problemas de saúde, através de lutas reivindicatórias e da construção autônoma de serviços e infra-es-

estrutura sanitária, de caráter coletivo. Técnicos de saúde, orientados pela proposta da Medicina Comunitária, integraram-se nestas experiências populares. ~~Começa a surgir um grande número de experiências populares de Medicina Comunitária, sem que nenhum técnico as oriente.~~ Surge, no Brasil, uma nova forma de manifestação dessa Medicina, <sup>comunitária</sup> que tinha sido trazida inicialmente pelas agências internacionais de desenvolvimento.

O meu sonho era trabalhar em um serviço de saúde, integrado a esta nova movimentação popular. Onde eu teria melhores condições de desenvolver o meu projeto?

Tinha acompanhado algumas experiências de colegas que haviam saído da Universidade há mais tempo. Notava que aqueles que tinham ido para lugares onde não havia nenhuma outra instituição trabalhando a organização popular, estavam tendo uma grande dificuldade de conseguir uma participação comunitária. Afinal, o movimento popular fora totalmente desarticulado pela repressão militar! Onde não havia outras instituições atuando, os serviços de Medicina Comunitária tinham que ser os responsáveis pelo seu nascimento. E isto eu já percebia ser muito pesado para os profissionais de saúde que têm uma grande responsabilidade diante dos problemas clínicos e técnicos, tão importantes para a população. Era uma situação bem diferente da atual, onde já existe um movimento popular bem organizado em muitos lugares, que praticamente é quem busca a participação na gestão dos serviços. Naquele tempo, a instituição quase que única no Brasil a articular um trabalho popular era a Igreja Católica, ou melhor, eram as suas Dioceses, orientadas pela Teologia da Libertação, que, por sinal, não constituíam a maioria. Por isto, resolvi que deveria trabalhar numa região onde a Igreja progressista tivesse uma atuação articulada e que

fosse uma região agrícola, pois, devido à minha infância na fazenda do papai e os meus estágios no Vale do Jequitinhonha, adquirira uma grande identidade com a cultura camponesa. A complexidade da vida social nas periferias das grandes cidades me espantava.

Na nossa peregrinação em busca do local onde trabalharíamos, impressionou-nos a região do Brejo da Paraíba, com a acolhida da Igreja local: seu bispo, Dom Marcelo Cavalheira, alguns padres e agentes pastorais. Por meio deles fomos apresentados a um grupo que se estruturara recentemente no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Por coincidência, eles estavam pensando em criar uma área de estágio, no interior, para alunos dos cursos de saúde e para residentes de Medicina Preventiva. O fato de termos sido apresentados a eles por Dom Marcelo e o meu passado no movimento de médicos residentes em Minas os animou a tocar o projeto adiante e a lutar pela nossa contratação pela Universidade.

Por coincidência, a região do Brejo tinha sido programada para ser a primeira região onde se implantaria o PIASS, na Paraíba. A Universidade da Paraíba passava por uma fase de grande expansão. Apesar da maioria dos professores dos cursos de saúde serem fechados às novas idéias, esta expansão obrigara a contratação de um bom número de novos profissionais, muitos deles vindos do sul do país, com outras propostas. Não havia recursos humanos locais para cobrir a grande demanda. Foi uma fase de abertura transitória. Mas nela nós entramos, com muita luta por sinal. Foram oito meses desempregado (apesar de várias propostas para trabalhar em Minas), fazendo viagens a João Pessoa, "mofando" nas salas de espera das chefias e sentindo-me deslocado junto aos antigos colegas, com suas vidas já encaminhadas. Tempo de insegurança!

Fomos enfim contratados como professores da UFPb, para morar em Guarabira (principal cidade do Brejo paraibano) e implantar um projeto de Integração Docente Assistencial. Um projeto muito em moda naquela época. Professores eram colocados para atuar em órgãos públicos, prestadores de serviços de saúde, para adequá-los internamente a receber estagiários da Universidade. Era uma tentativa de aproximar o ensino à nova realidade de assistência à saúde que emergia. Os técnicos dos órgãos federais centrais percebiam que, para que os serviços de saúde simplificados, trazidos pela nova orientação de racionalização e diminuição de custos das políticas sociais, pudessem se expandir, seria também necessário modificar a formação dos profissionais de saúde.

Os projetos de Integração Docente Assistencial passaram a ser a estratégia maior de transformação das escolas <sup>medicas</sup> à nova realidade das políticas de saúde. <sup>(Com novos formatos profissionais adequados ao novo modelo de prática medica)</sup> O processo de transformação curricular, por que passara a Faculdade de Medicina da UFMG, tornara-se modelo para este esforço de mudança em outras Faculdades de Medicina do Brasil. Eu, que tinha participado daquele processo, ficava orgulhoso, achando que isto acontecia em decorrência da força das <sup>novas</sup> idéias e do trabalho de companheiros de luta. Por isto, tendíamos a nos identificar e engajar apaixonadamente com todas as propostas de mudança, semelhantes àquelas ocorridas em Minas Gerais. Não percebíamos que existiam outras forças e outros fatores em jogo. No início da década de 1970, a luta em torno do projeto de Medicina Comunitária significara uma resistência contra a política de saúde privatizante do Governo. Mas as suas inovações não eram tão revolucionárias como gostaríamos que fossem. O mesmo <sup>militar</sup> Governo, em uma situação de maior instabilidade política, <sup>passou</sup> a se utilizar <sup>de algumas propostas</sup> das propostas da Medicina Comunitária. ~~O importante e~~

ra não ficar tão amarrado a um modelo teórico, mas aprender a analisar, em cada caso, os fatores e as forças envolvidas. Mas este foi um aprendizado que só fizemos posteriormente e o desenrolar deste aprendizado é, justamente, um dos objetivos da história que pretendo narrar e analisar nesta dissertação.

Fomos para Guarabira em setembro de 1978. cheios de sonhos de realizações. Deixei para trás a segurança da minha família e da minha terra natal. Nelsina deixou a estabilidade do seu emprego. Guarabira representava a conciliação de várias expectativas: a oportunidade de trabalhar integrado em um movimento popular florescente, a partir da atuação da Igreja local; a possibilidade de participar na implantação do primeiro projeto da América Latina de Medicina Comunitária, com dimensão nacional e a colaboração na organização de um projeto de grande efeito transformador, dentro da Universidade, que era o Estágio Rural. Tudo isto podendo ser vivido com o apoio da infra-estrutura material desta Universidade. A história das dificuldades, das realizações, das frustrações e dos aprendizados ocorridos nos 4 anos que se seguiram é o assunto dos próximos capítulos.

II  
CAPÍTULO IV

A QUEM INTERESSA A IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO  
DE MEDICINA COMUNITÁRIA NO INTERIOR PARAIBANO?

Em agosto de 1978 Nelsina e eu chegamos a Guarabira, trazendo em nossa bagagem, entre outras poucas coisas, muita esperança de estarmos nos engajando em um projeto revolucionário, ao nível dos movimentos populares (através da participação nas atividades pastorais da Igreja Católica local), ao nível da Universidade (através da implantação de um programa de estágios rurais para seus cursos da área de saúde) e ao nível da organização de serviços de saúde (através da operacionalização, na região, da primeira tentativa de expandir nacionalmente a Medicina Comunitária).

Este capítulo trata da história de nossa participação nesta tentativa de implantação da Medicina Comunitária, na região do Brejo Paraibano, através do P.I.A.S.S..

O Brejo Paraibano é uma região composta de 23 pequenos municípios situado entre a Zona da Mata (de clima úmido) e o Sertão, de clima semi-árido. Seu relevo mais montanhoso impediu o domínio das grandes plantações de cana-de-açúcar, fazendo com que a sua economia seja predominantemente baseada na produção agrícola de pequenos proprietários ou pequenos arrendatários de grandes latifúndios. A criação extensiva de gado de corte nestes latifúndios vem aos poucos alterando esta paisagem. Guarabira é uma cidade com 40.000 habitantes e tem uma grande importância porque centraliza o comércio de toda a região.

O que existia por trás desta realidade geográfica, só aos poucos fomos descobrindo. Este processo de descoberta foi semelhante ao processo de tomar mingau quente: começamos desco-

brindo as beiradas para, só com o tempo, irmos aproximando do seu meio, do seu núcleo. A beirada do prato de mingau quente da realidade daquela região era o intenso jogo político-eleitoral que estava entranhado na prática de suas várias instituições. Esta foi a primeira descoberta.

**a) PENETRANDO NO ESTADO E CONHECENDO ALÉM DAS MÁSCARAS DO DISCURSO E DA PROPAGANDA OFICIAIS**

A região do Brejo Paraibano tinha sido escolhida para ser a primeira do Estado onde se implantaria o P.I.A.S.S., pois era a base eleitoral do então Secretário Estadual de Saúde. Eu e Nelsina fomos colocados pelo Reitor da UFPb à disposição do II Núcleo Regional da Secretaria Estadual da Saúde, que seria o órgão encarregado de implantar o projeto na região, de acordo com a filosofia de regionalização recentemente trazida pelo Ministério da Saúde. Nós seríamos elementos de integração entre a Universidade e a rede estadual de serviços de saúde da região. O Brejo passaria a ser uma área de estágios da Universidade.

A primeira surpresa foi perceber que a minha entrada na região despertou uma série de oposições dentro da Secretaria de Saúde. Eu vinha muito empolgado com a rapidez com que o projeto de Medicina Comunitária do Norte de Minas tinha sido implantado e, logo em seguida, transformado em base para um projeto nacional e, por isto, não esperava muitas resistências na Paraíba. No entanto, o Secretário da Saúde não queria assinar a portaria aceitando-nos e designando nossas funções. O Coordenador de Saúde colocou-nos, claramente, que não nos queria na Se-



cretaria da Saúde, pois éramos amigos do Chicão (então coordenador nacional do P.I.A.S.S.) e porque não concordava com sua proposta de atuação. Na verdade, a proposta da Medicina Comunitária tinha sido expandida na administração federal, através da participação de profissionais de esquerda. Lideranças estaduais percebiam isto e procuravam se opor. Aceitavam o P.I.A.S.S. porque ele significava a vinda de verbas federais, mas tentavam reorientá-lo.

Diante deste fechamento da Secretaria de Saúde, achamos que seria impossível continuar na região. Mas a política tem suas surpresas! No início de 1979 toma posse o novo Governador do estado, designado pelo Presidente da República. No jogo de forças para a escolha do novo Secretário da Saúde, as lideranças que se opunham a nós se desgastaram. Elas também queriam o cargo de Secretário da Saúde. O novo Secretário toma posse, marginaliza os nossos opositores maiores e chama para assumir o cargo de Coordenador de Saúde, o professor Mourad, nosso colega da Universidade, que havia articulado a nossa contratação. Interessante como este jogo miúdo de intrigas e disputas tem um peso importante no direcionamento das políticas estatais! De repente a Secretaria de Saúde muda o seu posicionamento diante da Medicina Comunitária e da direção nacional do P.I.A.S.S. Mas por que esta mudança?

Após a Revolução Militar de 1964, havia ocorrido uma grande reformulação tributária. O Governo Federal passou a ficar com a quase totalidade dos recursos financeiros recolhidos pelos impostos. O novo Secretário da Saúde percebeu que para ter uma administração que lhe desse prestígio político, ele teria que se afinar com a nova orientação do Ministério da Saúde, pois

só assim receberia os recursos federais. Aceitando as pressões de setores do Ministério ligados ao P.I.A.S.S., ele indica o professor Mourad, apesar do mesmo já ser conhecido pelas suas posições de esquerda. Mourad era, sem dúvida, a pessoa mais competente na Paraíba para operacionalizar a nova proposta de reorganização dos serviços de saúde. A competência técnica de profissionais de setores de esquerda faz com que eles sejam requisitados por políticos de direita e suas propostas são então parcialmente apropriadas e implementadas. Ao mesmo tempo, estas propostas são reorientadas e utilizadas pela direita, segundo os seus interesses. Neste jogo de "apropriações" e "utilizações" entre técnicos de esquerda e políticos de direita, quem levou vantagem, no caso concreto da Secretaria de Saúde da Paraíba? A população? Esta é uma questão para a qual não tenho uma resposta segura, mas a história que segue tenta responder parcialmente. Uma coisa é clara: para Nelsina e eu, a entrada do professor Mourad representou ter alguém no comando da Secretaria de Saúde na Capital do Estado, que respaldava a nossa atuação a nível regional. Voltamos a ficar animados.

A proposta do P.I.A.S.S. era criar Centros de Saúde em todos os 23 municípios da região e Postos de Saúde nos principais povoados rurais. Em cada Centro de Saúde haveria médico, dentista, visitantes sanitários e auxiliares de saúde, atuando em todos os dias da semana. Nos Postos de Saúde (rurais) haveria uma auxiliar de saúde. A partir de que diagnósticos da situação da saúde da população e de que diagnóstico dos serviços anteriormente existentes havia sido planejada esta rede de novos Centros e Postos de Saúde? Que prédios e que profissionais poderiam ser aproveitados? Nada disto tinha sido pesquisado. Ne -

nhum diagnóstico da situação anterior havia sido feito na região. Até os detalhes do projeto vinham de Brasília.

Em parte, isto se explicava pela estratégia política da coordenação nacional do P.I.A.S.S.: criar um grande número de serviços de saúde em todo o Brasil, apesar de não haver nenhum recurso orçamentário previsto para a sua manutenção. Esperava-se criar, com a ameaça de fechamento dos Centros de Saúde então abertos, um grande nível de pressão política contra o INAMPS e assim forçá-lo a assumir o custeio financeiro de serviços de saúde destinados às populações rurais e das pequenas cidades, até então, quase que totalmente descobertas no que tange à assistência médica. De fato, esta estratégia mostrou-se eficaz: posteriormente o INAMPS assumiu o custeio daqueles serviços, apesar disto ir contra sua orientação política dominante ~~que era de agir, principalmente, através do financiamento a empresas médicas privadas e de restringir sua atuação a setores da população capazes de auto-financiar as suas despesas médicas, através do desconto no salário.~~

O fato desta conquista da expansão da assistência médica ter se dado, em grande parte, "pelo alto", marcou fortemente a forma como o P.I.A.S.S. foi operacionalizado. Nós, técnicos locais, ficamos de tal forma envolvidos com o caráter inovador e racional das propostas da Medicina Comunitária, que pouco ligávamos à realidade de saúde pré-existente na região. Nós simplesmente classificávamos esta realidade pré-existente de acordo com o diagnóstico genérico feito pelos planejadores do Ministério da Saúde: um monte de instituições carentes de recursos, desintegradas entre si, funcionando sem uma racionalidade administrativa e voltadas para responder interesses particula-

res. Diante deste caos que enxergávamos, só nos restava lutar para implantar o que seria a proposta inovadora e racional: a Medicina Comunitária, que se traduziria pelo P.I.A.S.S.

#### b) OS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS ELOS DE UMA CORRENTE DE DOMINAÇÃO OU ELEMENTOS DE MUDANÇA?

Os vários Centros e Postos de Saúde seriam implantados e administrados pelo II Núcleo Regional de Saúde - II NRS, o escritório administrativo da Secretaria de Saúde na região. A sua equipe de funcionários era composta de 3 médicos, 2 enfermeiros, 1 dentista, 1 nutricionista e cerca de 10 auxiliares administrativos. Os outros membros da equipe não tinham, de forma alguma, o nosso nível de identificação com as propostas da Medicina Comunitária. Para eles, o P.I.A.S.S. era mais um novo programa que a coordenação estadual da Secretaria de Saúde os mandava cumprir. O trabalho na Secretaria de Saúde era, antes de tudo, um emprego com o qual se mantinham. Enfim, uma situação parecida à maioria dos órgãos públicos. Mas o nosso envolvimento com as propostas da Medicina Comunitária era tão grande, que esta situação nos chocava. Muitos dos nossos colegas de trabalho passaram a ser para nós, simplesmente, opositores reacionários ou funcionários relapsos. No fundo, esperava encontrar naquele II N.R.S. uma situação semelhante ao Centro Regional de Saúde do Norte de Minas, para onde tinha ido um grande número de conhecidos meus, ex-militantes do movimento estudantil, para implantar um projeto "revolucionário" de saúde.

Hoje fico admirado como eu me deixei envolver tão in-

tensamente por aquelas propostas. Por que isto aconteceu? Algo que contribuiu foi estarmos sob uma ditadura militar. Havia um ambiente próprio à radicalização política. No ambiente de opressão em que vivíamos, uma modesta proposta política tornava-se, com facilidade, uma grande idéia revolucionária, onde investíamos com todas as nossas forças. Porém todo este intenso "ânimo revolucionário" que investíamos no trabalho acabou através de muitos conflitos, sendo uma força de mudança na atuação do II N.R.S. Isto porque os nossos colegas de equipe, se não eram os "revolucionários" que gostaríamos de encontrar, também não eram apenas elos intermediários de uma corrente de dominação. Eram funcionários marcados pelas contradições do serviço público brasileiro. Sofriam na carne um processo de desvalorização profissional, pela forma autoritária com que são organizadas as instituições públicas e pelo rebaixamento salarial. Eles eram também elementos de mudança.

A primeira grande tarefa do II N.R.S. foi treinar as auxiliares de saúde e visitadoras sanitárias que atuariam nos Centros e Postos de Saúde. Segundo o modelo da Medicina Comunitária, elas deveriam ser indicadas pela própria comunidade ou selecionadas por concurso público. Fiquei estarecido quando vi que lá seriam os prefeitos e deputados majoritários do município que indicariam entre os seus cabos eleitorais. No início quiseram despistar esta situação dizendo que haveria uma prova entre um grupo de pessoas indicadas politicamente (três pessoas indicadas para cada vaga). Mas quando vimos que alguns políticos não tinham gostado de termos reprovado alguns de seus preferidos e exigiram as suas contratações, desistimos do concurso. Um dos contratados tinha grande deficiência visual e nem sequer

conseguira ler as questões da prova. Mas o mais escandaloso ainda estava por vir! Em um município houve uma divisão entre lideranças políticas. Em consequência disto, após os três meses de treinamento, as auxiliares de saúde treinadas foram postas de lado e contratados outros auxiliares sem nenhum treinamento.

Naquela época eu via os políticos como lideranças impostas pelo regime militar e, portanto, sem nenhuma legitimidade. De fato, aqueles políticos estavam nos seus cargos, em parte porque seus opositores haviam sido cassados ou presos e porque usufruíam da imensa máquina de propaganda eleitoral do Governo Federal. Mas de alguma forma também tinham sido eleitos e estavam estreitamente ligados à população num jogo clientelista de troca de favores e apoios. Portanto, não eram apenas lideranças impostas. Estas coisas eu só fui descobrindo aos poucos. Nos meus primeiros tempos na Paraíba, o grande aprendizado que tive foi descobrir o poder dos políticos, ao nível de toda a vida social e institucional. As decisões mais miúdas sofriam interferência dos mesmos. Para mim, naquela época, eram os políticos, com seus interesses particulares, que impediam que o "projeto racional e inovador da Medicina Comunitária" se realizasse plenamente. Muito menos eu percebia que tanto esta racionalidade teórica da Medicina Comunitária, como a atuação dos políticos, estavam atravessadas por determinações mais profundas de ordem econômica. Ambas obedeciam lógicas que tinham algum nível de semelhança.

Assim, fiquei surpreso quando, durante o treinamento, fui descobrindo que uma boa parte dos auxiliares de saúde, selecionados pelos políticos locais, tinha um relativo envolvimento com os problemas de sua comunidade e eram pessoas dinâmicas. Os

políticos, principalmente os prefeitos das pequenas cidades, ao mesmo tempo que agem tentando favorecer os seus cabos eleitorais para manter a sua rede de apoio para as próximas eleições, também têm uma sensibilidade para os problemas locais. Afinal, estão sempre sendo cobrados para resolver toda a sorte de problemas. O pequeno prefeito então, tem que providenciar a troca de lâmpadas dos postes de tal rua, resolver o caso da professora que não está freqüentando a escola, etc.. Por isto, para ele é importante que se tenha funcionários razoavelmente dinâmicos, contanto que tenha um mínimo de fidelidade partidária, ou que sua família tenha. Além do mais, numa pequena cidade do interior, não são muitos os jovens em condições de ocupar tal cargo.

Tivemos grandes conflitos para planejar o treinamento. Dentro do modelo da Medicina Comunitária, discutido entre os profissionais de saúde de esquerda, a auxiliar de saúde tinha um papel-chave: ela seria uma dinamizadora das organizações comunitárias em torno dos problemas de saúde e seria uma agente da educação popular. Portanto, o treinamento destas auxiliares era algo fundamental. As divergências com o restante da equipe transformavam-se em questões de vida ou morte. Nós nos orientávamos por algumas noções que tínhamos da pedagogia libertadora, sistematizada por Paulo Freire. Por sinal, naquela época de repressão política, a pedagogia de Paulo Freire ganhava um caráter altamente revolucionário para a esquerda, em geral. Nós, sem a compreendermos bem, tentávamos implantá-la no II N.R.S., sem nem ao menos poder mencioná-la explicitamente, pois se fôssemos identificados com Paulo Freire ("um subversivo"), perderíamos o nosso espaço de atuação.

Evidentemente o curso de treinamento saiu muito dife-

rente do que desejávamos, mas acabou sendo razoavelmente bom. O fato dos vários membros da equipe não terem muito claro de como era o funcionamento de um serviço de atenção primária à saúde, criou um nível de insegurança geral. Nesta insegurança, cada um se esforçava ao máximo para vencer o desafio, criando assim um clima de discussão e de diálogo (recheado de conflitos). Os alunos, percebendo as divergências, ficavam mais à vontade para colocar as suas idéias. Se de um lado eles saíram com conhecimentos deficientes em muitos aspectos, por outro lado eles criaram um entrosamento com a equipe que possibilitou, no futuro, a continuação do processo de aprendizagem, através de conversas, reuniões e supervisões.

Nenhuma das auxiliares e visitadoras de saúde treinadas transformou-se numa agente dinamizadora das organizações populares, a partir dos problemas de saúde. Durante o próprio treinamento, na medida em que íamos conhecendo-as <sup>conhecendo</sup> e ~~via~~ realidade onde viviam, começamos a perceber que esta meta não seria realizada nem se Paulo Freire, em pessoa, viesse do seu exílio para Guarabira, coordenar o curso. Esta dinamização das organizações populares dependia de fatores muito mais fortes do que um bom treinamento educativo de algumas agentes de saúde. Isto será discutido no próximo capítulo.

### c) O TRABALHO ADMINISTRATIVO COMO CAMPO DE LUTA POLÍTICA

Quando os Centros de Saúde começaram a funcionar, fui trabalhar como médico e chefe no Centro de Saúde de Pilõezinhos. ~~Minha prática lá é o assunto de outro capítulo.~~ Na maior parte



do tempo em que estive no Brejo, trabalhava diariamente em Pilõezinhos por 4 horas e no outro expediente de 4 horas, atuava no II Núcleo Regional de Saúde (II N.R.S.) como supervisor. Apesar de minha pouca disponibilidade para II N.R.S., pois o trabalho em Pilõezinhos absorvia mais, acho que esta situação foi bem proveitosa para toda a equipe. Eu tinha condições de analisar mais concretamente, em Pilõezinhos, as propostas do II N.R.S. Em Pilõezinhos, sentia também dificuldades que, discutidas posteriormente no Núcleo, serviam de base para a elaboração de outras propostas. Nelsina, que ficou inteiramente dedicada à função de supervisora, foi quem mais atuou no II N.R.S.

Nelsina iniciou sua atuação coordenando o programa de distribuição de alimentos às gestantes, mães em fase de amamentação e crianças de zero a 6 anos, que era realizado nos vários Centros e Postos de Saúde (o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição). Quando ela assumiu esta coordenação, na maioria dos municípios, os alimentos eram distribuídos, basicamente, às famílias indicadas pelos chefes políticos da região: prefeitos, vereadores e deputados do partido do governo. Estes enviavam bilhetinhos aos funcionários dos Postos, que eram levados pelos próprios candidatos à vaga. A quantidade de alimento recebida, também dependia da força política. A parte administrativa do programa estava de tal forma bagunçada que havia desperdício (alimento apodrecendo) em alguns Postos, enquanto em outros (a maioria) a falta era grande. Nelsina, por meio de uma série de pequenas ações, foi aos poucos modificando esta situação. Fazia freqüentes reuniões e apostilas para as auxiliares para discussão do programa, padronizou os prontuários a serem usados por elas, elaborou cartazes e apostilas de orientação às mães usuá-

rias, visitou lideranças políticas para explicar-lhes as normas técnicas do programa, acompanhou a distribuição dos alimentos nos vários Postos, fiscalizando o seu andamento, reformulou a dinâmica administrativa do programa e alterou o cardápio e as cotas de alimentos.

Com o tempo, a racionalidade política clientelista do programa foi sendo substituída por uma outra racionalidade: tinham direito aos alimentos as gestantes e mães que amamentavam e os seus filhos menores, contanto que cumprissem certas ações de saúde (pré-natal e vacinação). Esta última racionalidade também não era neutra, ou seja, puramente estabelecida pela técnica. Ela também transmitia a idéia de que havia um governo, distante das pequenas intrigas políticas locais, preocupado com o problema da desnutrição (o mesmo governo que diminuía significativamente o salário dos trabalhadores e que implementara uma política agrícola <sup>de</sup> desencadeando <sup>de</sup> um intenso processo de expulsão dos agricultores das terras onde moravam). Víamos, nesta racionalização técnica do programa de distribuição de alimentos, uma forma de esvaziar parte dos recursos que os políticos locais usavam para manter os seus currais eleitorais. Esta dominação clientelista local era também uma das formas de sustentação política, inclusive do Governo Federal. Mas, de outro <sup>lado</sup> <sup>forma</sup>, estávamos colaborando também na criação da legitimidade do sistema político e econômico global.

Alguns amigos não aceitavam que nós estivéssemos trabalhando neste programa de distribuição de alimentos. Apesar de todo o programa de Medicina Comunitária estar também a serviço da <sup>legitimação</sup> construção da legitimidade da ordem econômica vigente, o programa de distribuição de alimentos parecia ter esta função de forma mais evidente. Este tipo de questionamento ~~desses~~ amigos

tornava clara uma dúvida que nos perseguia como técnicos de uma instituição estatal: quem estava lucrando mais com o meu trabalho? Duas constatações nos respondiam parcialmente:

- . aqueles alimentos eram <sup>essenciais</sup> fundamentais para a sobrevivência de muitas famílias. A população se revoltaria com o técnico que suspendesse o programa, por não concordar com o mesmo;
- . aquela distribuição de alimentos não era apenas legitimadora do sistema social, era também um espaço de conflitos. Com o tempo, a população passara a encarar aqueles alimentos como um direito adquirido. As constantes interrupções, quedas de qualidade e interferências políticas eram motivo de revolta.

Com a nova racionalidade técnica na distribuição dos alimentos, pelo menos a população ficou mais bem servida naquele novo direito que nascia. Mas a dúvida continuava ressoando.

A atuação de Nelsina fez-me perceber um espaço de atuação política dos técnicos dos órgãos estatais administrativos. Este trabalho administrativo miúdo e persistente dos técnicos tem também efeito na dimensão política de um programa. As ações do Estado não são definidas apenas ao nível das grandes decisões políticas. Esta atuação técnico-administrativa é um espaço de ação política limitado, mas presente. Um exemplo do seu limite foi o que ocorreu no município de Mulungu.

Mulungu é a cidade de origem do General Bandeira, famoso pela sua participação na repressão política. Descobriu-se que lá os empregados de sua fazenda estavam recebendo os alimentos do programa. Ele pagava abaixo do salário mínimo e isso era uma forma de compensação. Nelsina, passando por lá, discutiu o problema com a equipe, que, pressionada, propôs-se a mudar. Quem não gostou foi a esposa do General que, imediatamente,

suspendeu e transferiu o funcionário encarregado do programa para outra cidade. Ela não tinha nenhum vínculo com a Secretaria de Saúde, mas sua ordem era imediatamente obedecida em João Pessoa. Soube-se que ela andou procurando identificar Nelsina para transferi-la para o alto sertão paraibano. Nada aconteceu, mas <sup>em</sup> em vias das dúvidas, ninguém mais apareceu em Mulungu para discutir distribuição de alimentos.

O que me impressionava em Nelsina era a sua capacidade de se intrometer em todos os pequenos aspectos administrativos da Secretaria de Saúde. Nas supervisões que fazia ou nas visitas que recebia, ela prestava atenção nas queixas dos funcionários que atuavam nos Postos e Centros de Saúde e de seus usuários. Ficava sempre farejando, com espantosa sensibilidade, os entraves de funcionamento dos serviços e as insatisfações não manifestadas. E depois ficava procurando o porquê daqueles emperramentos. Alguma norma anterior que estava enterrando? Como refazê-la? Algum funcionário do II N.R.S. que estava com uma maneira de trabalhar prejudicial? Como alterar esta maneira? Ele aceita discussão ou é preciso tentar convencer a chefia para pressioná-lo?

Eu sempre achei que este trabalho administrativo diário era uma coisa secundária. Mas com o tempo fui vendo que não. Uma coisa que desanima os profissionais que trabalham diretamente com a população são <sup>os</sup> estes emperramentos burocráticos dos órgãos de apoio administrativo. É a auxiliar de saúde que viaja para buscar medicamentos em Guarabira, passa o dia todo esperando e tem que voltar outro dia. Pode ser falta de se fazer um cronograma, de modo que cada Centro de Saúde saiba o seu dia de pegar medicamentos e assim não sobrecarregar o almoxarifado. Ou

então é a grande papelada que os profissionais locais têm que preencher diariamente para controle dos órgãos centrais e que, depois, nem é analisada. Como estes, há uma infinidade de pequenos problemas que, resolvidos, aliviam um pouco a carência global em que vivem os serviços de saúde. É claro que este trabalho administrativo miúdo não muda a característica básica das políticas sociais do Estado brasileiro, ou seja, a sua função de legitimação da ordem econômica vigente. Também não se consegue romper com a precariedade das ações dessas políticas sociais, fruto da falta de recursos e do descaso com que são planejadas.

Justamente porque esta atuação administrativa toca no jogo de interesses mais gerais da sociedade, que se expressam e se realizam por meio das normas técnicas e da maneira como o trabalho é dividido nos órgãos públicos é que o trabalho da Nelsina, que eu ajudava, foi altamente gerador de conflitos. Inicialmente nós percebíamos estes conflitos apenas como questões pessoais ou lutas entre grupos de funcionários. A impressão que tínhamos é que vivíamos em um mar de intrigas. Um atrito muito comum era com o pessoal de planejamento da Secretaria de Saúde da Capital. Eles viviam propagandeando que estavam descentralizando as decisões (uma das palavras mais em moda era "regionalização da administração"), mas não se conformavam quando nós tomávamos decisões e implementávamos iniciativas que iam além do que eles esperavam. Em geral, os seus descontentamentos não se manifestavam por meio de repressões diretas, mas por meio de fo focas. Pequenos fatos eram distorcidos. Pequenos erros de nossa equipe eram ampliados até se tornarem verdadeiras calamidades. Nós só tomávamos conhecimento quando a bomba estava prestes a

estourar ou já estourada. Sempre que íamos a João Pessoa, o fazíamos com o "coração na mão", sabendo que com certeza iríamos encontrar alguma bomba.

Na verdade, o que estava em jogo era a realização dos interesses maiores do Estado. A hierarquia, a estrutura do poder e a disciplina são mecanismos administrativos para fazer cumprir, em toda a máquina estatal, os seus objetivos mais fundamentais. ~~Este negócio de regionalização e descentralização só é possível na medida em que estes objetivos e estes interesses maiores do Estado já estão tão entranhados na "racionalidade técnica" em que os vários profissionais se formaram, que torna-se possível afrouxar os mecanismos formais de controle hierárquico.~~ É claro que atrás das intrigas e das disputas entre os grupos havia também interesses pessoais e corporativos. Mas estes interesses ganhavam força dentro da administração pública, na medida em que se acoplavam ao jogo dos interesses políticos e econômicos maiores.

Os conflitos internos à equipe do II N.R.S. acabavam se ligando a estes conflitos com a capital, num jogo de alianças. Alguns colegas do II N.R.S., que tinham amizades e ligações ideológicas com grupos da Secretaria de Saúde em João Pessoa, aproveitavam-se dos conflitos já existentes para irem às escondidas à capital, colocar mais lenha na fogueira contra os membros da equipe com que divergiam. Neste jogo de interesses e de forças foi preciso aprender a brigar. O fato de não termos nenhuma ligação familiar na Paraíba tornou-nos muito vulneráveis. Em um Estado menos desenvolvido economicamente, a estrutura de poder político e econômico se constrói aproveitando a rede de parentesco. Nossos únicos aliados eram o professor Mourad

e a equipe que o apoiava na Coordenação de Saúde. Do mesmo modo que as intrigas e brigas pessoais e de grupos eram um reflexo de interesses políticos e econômicos maiores, o enfrentamento destas intrigas e disputas pessoais era também uma forma de atuação contra ou a favor destes interesses mais amplos. Como costumam dizer: "bobeou? dançou!"

Nós sentíamos "afundados" em um mar de conflitos e a nossa tendência era considerá-los como de ordem pessoal ou como resultado de disputa entre grupos políticos locais. Para nós, aqueles conflitos eram <sup>apenas</sup> obstáculos e contratempos a roubar nossas energias, atrapalhando o trabalho de organização dos serviços de saúde da região. Só hoje é que entendo que muito do que foi construído, <sup>foi feito</sup> fez-se através do enfrentamento destes conflitos.

#### d) ATRÁS DA APARENTE ANARQUIA INSTITUCIONAL, UMA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, SEGUNDO UMA LÓGICA DE HEGEMONIA POLÍTICA

Em um ambiente assim, não era a toa que um grande número de funcionários ia aos poucos se desinteressando do seu trabalho. Muitos funcionários, de fato, apenas enrolavam o serviço. Mas a origem do problema não estava neles. Notava-se que boa parte dos funcionários recém-contratados, mesmo o sendo por indicação política, chegava interessada. Para começar não havia nenhuma estratégia para treinar e adaptar o novo funcionário à nova função. O pensamento que dominava era: "Ele veio sem ser pedido; ele que se vire e arrume o seu espaço de trabalho". Na medida em que o tempo passava, ele ia tentando alguns projetos

que logo esbarravam na estrutura autoritária do serviço, na sua desorganização e na rede de conflitos. Depois começava a perceber as injustiças internas: funcionários menos capacitados e com menos carga de trabalho, ganhando mais e com mais prestígio. O desânimo tomava conta e o funcionário resolvia só ir fazendo o mínimo necessário para ganhar o seu salário. Com o tempo ia arrumando outros compromissos fora e ia se viciando naquele não fazer nada. Se alguém chegava com um projeto de trabalho que exigiria um maior empenho de sua parte, ele protestava, boicotava e procurava seus aliados políticos para desgastar o novo projeto.

O II Núcleo Regional de Saúde era, pois, um órgão bastante "emperrado". Era com muita dificuldade que ele se movia para implementar os seus objetivos oficiais! Na verdade ele estava subordinado também a outros interesses e outros objetivos que não eram expressos claramente e oficialmente. Mas para a maioria das pessoas (inclusive eu, no início), esta aparente anarquia administrativa se devia aos vícios do funcionalismo público.

O que me fez começar a entender melhor as razões desta situação foi a comparação com o funcionamento do Banco do Brasil local, onde tinha alguns amigos trabalhando. Lá, de modo algum, dominava este tipo de funcionário público ocioso e resistente às propostas de trabalho. Acontece que o Banco do Brasil é essencial ao funcionamento da economia. Lá existiam fortes interesses políticos e econômicos no seu bom funcionamento. Na verdade, o funcionamento da Secretaria de Saúde é determinado por outros interesses que impedem o seu bom funcionamento. A prestação de uma assistência à saúde de bom nível só interessava à



população que ainda tinha muito pouca força política. A desorganização da Secretaria de Saúde, que eu presenciava de dentro, acontecia sem que se desencadeassem movimentos de protesto popular. Além disto, a má condição de saúde da população, de forma alguma, prejudicava o funcionamento da economia, pois havia gente demais para trabalhar nos latifúndios, nas usinas de açúcar e nas empresas industriais e comerciais. Se morriam alguns ou adoeciam muitos, pouco se alterava, pois havia muita gente para substituí-los.

Mas então, quais eram os outros interesses que determinavam a forma de funcionamento e a expansão da Secretaria da Saúde? A constante interferência dos políticos da região até nas menores decisões administrativas; as freqüentes contratações de funcionários não necessários, mas afilhados de tal deputado, enquanto não se tinha pequenos recursos para ações de saúde fundamentais (por exemplo: comprar agulhas de injeção para aplicar vacinas); o poder institucional de certos funcionários ligados a grupos políticos da região, que viviam atrapalhando o funcionamento das ações programadas sem que nada lhes acontecesse. Tudo isto me fazia concluir que a Secretaria de Saúde era, antes de tudo, um espaço de barganha com a classe política da região que, com sua ligação clientelista com a população, mantinha a hegemonia política de ordem econômica vigente. A Secretaria de Saúde tinha empregos e infra-estrutura material de serviços com os quais os governos estaduais e federal negociavam com os políticos locais, o seu apoio eleitoral. Com estes recursos eles mantinham os seus currais eleitorais. Desta forma, a aparente anarquia da Secretaria de Saúde significava uma ordem e uma organização administrativa, só que orientada por uma lógica

ca diferente da lógica dos interesses da população, ou seja, a prestação de bons serviços de saúde. Era a lógica da construção de legitimidade da estrutura política e econômica vigentes.

Interessante que, ao mesmo tempo em que esta "bagunça" administrativa era um grande entrave, ela era também uma das portas para a nossa atuação. No meio daquelas indefinições, da insatisfação, do não querer esforçar da maioria e do quase tudo por fazer, a gente ia entrando, ia mudando rotinas, propondo outras mudanças e ia trabalhando. Se a Secretaria de Saúde fosse muito bem organizada e com as normas de trabalho bem definidas, ela seria muito rígida. Aceitaria poucas mudanças qualitativas. Aos poucos íamos descobrindo um certo prazer neste trabalho de "malabarismo" em que jogávamos aproveitando-nos das contradições existentes na instituição. Se não fossem as "porretadas", que "de vez em sempre" estávamos levando, até que daria para ter saudades!

Mas não bastava entender as raízes dos problemas dos serviços públicos. Nos nossos contatos com a população, através de nossa atuação junto à Igreja, das nossas ligações pessoais e do atendimento médico em Pilõezinhos, íamos conhecendo a dureza da precariedade de suas condições de saúde. Percebíamos a importância dos serviços de saúde que lhes estavam sendo negados. As organizações populares eram muito fracas para conseguirem exigir os seus direitos. Nós, como profissionais da Secretaria de Saúde, angustiávamo-nos em fazer com que aquela instituição funcionasse um pouco melhor. Nesta instituição atravessada por tantos outros interesses, como nos comportar?

Não adianta querer consertar tudo na marra. Não tínhamos poder para isto. Havia serventes e motoristas com maior po-

der do que nós, pelas suas ligações com a estrutura política . A nossa própria chefia precisava ser trabalhada. O que cabia era um trabalho miúdo de tentar compreender os problemas de cada funcionário e procurar negociar soluções. Explicar com paciência o porquê das mudanças. Envolvê-los na decisão das novas propostas. Fingir não entender certas agressões ou certas intrigas. Aceitar conviver com certos erros que não se tem forças para mudar. E, às vezes, brigar mesmo. Brigar aberto. Outras vezes, conseguir a adesão do poder institucional e pressionar com as medidas possíveis. É claro que não tínhamos esta paciência e esta estratégia tão amadurecidas. Houve muitos atritos e muitos fracassos que não precisavam existir. Mas alguma coisa caminhou, apesar de sob protestos, muitas vezes.

Uma grande dificuldade que enfrentávamos era a relação com o Superintendente do II Núcleo Regional de Saúde, o nosso chefe imediato. Ele nos temia por causa da nossa ligação com o Prof. Mourad da Coordenação de Saúde em João Pessoa, por sua vez, seu chefe imediato e porque sentia que nós tínhamos um melhor preparo técnico. Os nossos projetos e propostas acabavam sendo valorizados em João Pessoa e o II N.R.S. ia, aos poucos, ganhando uma situação de destaque na Paraíba, o que o promovia. Mas éramos sempre uma ameaça. Ele achava que queríamos o seu cargo. Nossa resistência a alguns de seus desmandos o incomodava. Certa vez descobri que ele desviava uma cota enorme de medicamentos para o Hospital da Fundação Sesp, onde também trabalhava. Aproveitei uma viagem que ele fez, para fazer um levantamento, no almoxarifado, da distribuição de medicamentos nos últimos meses. E divulguei o resultado, procurando dar a impressão de que fora um

achado ocasional. Foi a gota d'água que faltava para o conflito aflorar. Até então achávamos que o conflito era algo secundário. Ele era muito hábil e nos tratava, sempre, muito gentilmente e com elogios. De repente descobrimos que, ao mesmo que nos tratava assim, estava indo na Universidade em João Pessoa articular a nossa retirada da região. Ele sabia que a nossa situação na Universidade era também conflitiva. Articulou-se com os nossos opositores de lá e quase consegue o seu intento. Mas nós também, aos pouquinhos, íamos aprendendo com o trabalho, esta arte de fazer jogadas políticas, inclusive com as cúpulas. ~~Não ficando quieto, procurando articulações, sempre se acha um ponto onde se estruturar uma resistência.~~ Descobrimos que o pessoal da Secretaria de Saúde em João Pessoa não tinha gostado do que ele tinha feito. Segundo as lideranças da Secretaria de Saúde, os problemas com a Universidade tinham que ser resolvidos por contatos entre as suas chefias e não por um superintendente regional. Ele tinha passado por cima do poder central e tinha causado mágoas. Com isto conseguimos da Coordenação de Saúde em João Pessoa um ofício à Universidade reafirmando a importância do nosso trabalho no II N.R.S.. E dois representantes imediatos do Secretário de Saúde foram em Guarabira para, em reunião com toda a equipe de supervisores, reprovar o nosso superintendente por não ter respeitado a hierarquia da Secretaria de Saúde. Mas ganhamos também do Mourad uma repreensão, que foi uma lição: "Vocês foram contratados pela Universidade para criar uma integração com a Secretaria de Saúde e não para criar atritos. Para a Universidade não interessa saber se vocês têm razão ou não. A Secretaria de Saúde é o que é, e é com esta Secretaria que vocês têm que criar a integração". O trabalho institucional tem

que ir até o ponto em que os conflitos gerados não ultrapassem um limite crítico após o qual, se rompe a possibilidade de haver continuidade.

Na administração pública estas disputas internas, este jogo de alianças entre grupos e pessoas, assume uma importância muito grande. Muitas vezes nos surpreendíamos totalmente envolvidos psicologicamente nestas disputas. É através destas lutas internas que as políticas das instituições são, em parte, reorientadas. Mas corre-se o risco de se achar que tudo se resume a isto e não perceber que o grande poder decisório é externo à instituição. Procurávamos atuar neste nível através da Igreja local, que se voltava muito para o apoio aos movimentos populares. Mas, muitas vezes, a participação nestas disputas internas à instituição nos absorvia de tal modo, que sentíamos sem energias para outras atuações. Quando me percebia assim, revoltava-me e tinha ímpetos de pedir demissão da Universidade, para me ligar a um emprego mais sossegado, que permitisse uma maior disponibilidade para o trabalho comunitário. Mas <sup>na realidade não</sup> ~~não vislumbra-~~ <sup>existia</sup> ~~va~~ nenhum "emprego sossegado". ~~Na verdade,~~ todas as instituições na nossa sociedade de classes, estão atravessadas pelos conflitos de interesses.

#### e) O PROFISSIONAL DE SAÚDE: UM ACOMODADO? UM REVOLTADO?

O trabalho continuava. Um dos aspectos importantes que se conseguira mudar foram as supervisões, que são as visitas dos técnicos da regional aos Centros e Postos de Saúde. No passado elas eram sempre feitas muito corridas. O interesse prin-

principal em fazê-las eram as diárias pagas, que valiam bastante , tendo em vista os baixos salários dos supervisores. Basicamente as supervisões serviam para dar alguma notícia ao pessoal local, fazer uma reclamação ou entregar algum material. Existiam ainda as supervisões sub-divididas por programas. O responsável pelo programa de tuberculose passava, em um dia, numa unidade de saúde para ver alguns problemas do seu setor. Depois passava o supervisor do programa de odontologia. Tinham ainda os responsáveis pelos programas materno-infantil, nutrição, Hanseníase. Cada um vendo apenas a sua parte. Algumas unidades recebiam várias supervisões corridas por mês e outras não recebiam nenhuma. Ninguém via a globalidade dos problemas do Centro de Saúde. E a supervisão é o principal mecanismo de apoio ao pessoal local. Essas supervisões especializadas acabavam reforçando e incentivando uma abordagem dos problemas de saúde de forma setorializada. Mas os problemas de saúde são globais.

Pequenas alterações foram aos poucos modificando este quadro: treinamento de todos os supervisores para que entendessem os vários programas, cronograma mensal fixando as datas de supervisão de cada unidade, exigência de permanência do supervisor durante todo o dia no Centro de Saúde visitado, discussões da metodologia educativa da supervisão, etc.. A cada medida surgia uma resistência. O cronograma de supervisões, por exemplo , desagradou o próprio superintendente que antes, no dia que conviesse, podia pegar o carro da Secretaria de Saúde e ir para João Pessoa, inclusive para resolver problemas pessoais. Com o cronograma ele passou a ter que planejar suas viagens e, para alterar o cronograma, ele tinha que justificar os seus motivos. Pequenas normatizações técnicas significavam entraves à apropria-

ção do Estado pelos interesses dos grupos políticos dominantes.

Estas alterações e muitas outras só puderam ser feitas porque, aos poucos, tinha-se conseguido estruturar alguns canais de participação dos funcionários dos Centros de Saúde , dentro do processo de decisão do Núcleo Regional: eram as reuniões mensais dos auxiliares de saúde e os encontros periódicos com os profissionais de nível superior. Estas reuniões, seguidas com dificuldade, tinham o poder de trazer para dentro do Núcleo Regional, a pressão das reivindicações locais. De repente, as reclamações, os problemas, os elogios estavam lá dentro incomodando e tinham que ser resolvidos, ou, pelo menos, tinha-se que fingir estar resolvendo-os. As propostas de mudança não eram mais uma luta de um ou outro técnico isolado. O pessoal de nível local, que vive as pressões da população e que sente de modo mais nítido a carência de recursos, passou a demandar as mudanças.

Havia uma lista interminável de problemas, lutando para desanimar o pessoal dos Centros de Saúde. A falta de material era um dos principais. Passavam-se meses sem medicamentos e material de curativos. A maior parte dos medicamentos, quando iam, eram em quantidade irrisória. Lembro-me de um envio mensal de medicamentos para os Centros de Saúde em que um dos itens era: 6 comprimidos de tetraciclina. Às vezes, havia abundância de seringas, vacinas e alguns medicamentos injetáveis, mas faltava agulha de injeção. E esta situação perdurava por meses. Outras vezes, dentistas passavam meses recebendo o seu salário sem trabalhar, porque faltava uma pequena peça na sua broca dentária. Só com muito custo se conseguiu que os Núcleos Regionais tivessem uma verba extra para estas pequenas despesas não pre -

vistas. Antes, todo o dinheiro que chegasse, já vinha amarrado no seu objetivo. Às vezes, havia bastante dinheiro para gasolina, mas não tinha como pagar um técnico para ir consertar uma geladeira. E a geladeira é fundamental no Centro de Saúde, devido à conservação das vacinas. Queriam descentralizar a administração da Secretaria Estadual de Saúde, mas não delegavam a questão financeira. Uma regionalização aleijada!

Outro fator que causava grande desânimo era a política de pessoal. Salários atrasados, diferença salarial entre funcionários regidos pelo Estatuto do Funcionário Público e pela C.L.T. apesar de executarem a mesma função, promessas de aumento não cumpridas, funcionários que não iam ao serviço e nada acontecia porque eram amigos de políticos; tudo isso causava grande revolta nos colegas. Certa vez, fui supervisionar um município onde o seu médico (o único para seus habitantes) só tinha ido 3 vezes ao Centro de Saúde naquele mês e apenas 7 vezes no mês anterior. Os outros funcionários estavam revoltados. Sofriam as pressões dos usuários. Diziam que se continuasse assim eles também iriam começar a faltar. Levei o problema para ser discutido no II N.R.S.. Fiquei sabendo que o tal médico era muito ligado a um deputado federal poderosíssimo, junto ao Governo Estadual. O superintendente e o restante da equipe de supervisores ficaram com medo de enviar as faltas para o setor de controle de pessoal, em João pessoa. Estas faltas significariam uma diminuição no seu salário. Com muita insistência minha, eles aceitaram colocar 4 faltas na sua folha de frequência. Seria uma advertência simbólica. Nesta política em que o importante é estar bem com os grandes poderes centrais, qualquer funcionário que consegue subir na hierarquia está sempre temendo ver sua "ca



beça rolar" em um deslize seu que desagrade os "deuses da burocracia central". Mesmo com a brandura da advertência, o superintendente temeu represálias políticas e viajou a João Pessoa para prevenir ao Secretário da Saúde que tinha colocado as 4 faltinhas no médico. A nossa surpresa foi o que o Secretário de Saúde lhe disse:

- "Já que você colocou as 4 faltas, que elas fiquem. Mas não seja tão rigoroso com estes médicos, não. Não podemos criar atritos com certos setores políticos".

Era a confirmação de que a Secretaria de Saúde era muito mais máquina de fazer política, de conseguir apoios, do que de prestar serviços de saúde à população. Apesar de fatos como este serem comuns naquele município, nas eleições seguintes, o tal deputado federal continuou sendo o mais votado e o partido do Governo amplamente majoritário. O clientelismo político, na região, ainda tinha uma força de legitimação política maior do que a racionalidade e a eficiência dos serviços públicos.

Havia uma grande diferença entre a postura das auxiliares de saúde e os profissionais de nível superior que trabalhavam nos Centros de Saúde. As auxiliares tinham um nível importante de envolvimento com os problemas da população e se sentiam valorizadas com o seu novo emprego. Em geral, elas se mostravam interessadas em lutar pela melhoria do seu Centro ou Posto de Saúde. Apenas, na medida em que elas iam vivenciando o descaso com que eram tratados os problemas que enfrentavam e iam percebendo a existência dos interesses econômicos e políticos por trás do funcionamento da Secretaria de Saúde, é que elas iam desanimando. Já os profissionais de nível superior, em geral, entravam para os Centros de Saúde desanimados.

Em alguns Centros de Saúde a aparelhagem odontológica vivia estragando. Os dentistas a usavam com descaso e até com agressividade para que estragassem logo e com isto justificar a sua não ida ao serviço. Alegavam sempre que a população não que ria saber de tratar suas cáries. Segundo eles, o povo só queria extrair os dentes quando já estavam muito estragados. Acontece que esta afirmação era apenas uma verdade inicial. Afinal aquele povo, até então, nunca tinha tido acesso a serviços que executassem restaurações dentárias. Era portanto natural que não tivessem o hábito de procurar o dentista, antes que chegasse o ponto em que a única solução seria a extração. Mas isto podia ser superado. Alguns poucos dentistas ~~interessados~~ se entrosaram nos grupos escolares, fizeram palestras, reuniram-se com as professoras e logo tiveram os seus consultórios cheios de escola res. Apesar de todas as discussões a respeito, a maioria dos dentistas preferia ficar à toa no consultório, ou apenas extraíndo dentes e resistiam a ir atuar fora do consultório.

Os médicos alegavam sempre que não tinham condições materiais suficientes para prestar um bom atendimento. Mas algumas coisas estavam ao seu alcance e não faziam. Por exemplo:

- . Atender com atenção os seus pacientes.
- . Orientar, ao invés de apenas dar receitas rabiscadas rapidamente.
- . Anotar no prontuário os principais sintomas, diagnósticos e tratamentos, para um melhor acompanhamento posterior.
- . Permanecer no posto de saúde o tempo contratado.
- . Orientar as auxiliares de saúde em suas dúvidas, etc..

Existiam, pois, razões mais profundas para aquela situação; razões que eu não compreendia bem, na época. Achava que a

quela "má vontade", em grande parte, devia-se a uma postura aristocrática daqueles doutores, que os tornava insensíveis aos problemas da população.

Havia, no entanto, outras razões. Aqueles médicos e dentistas tinham entrado para a Universidade desejando ser, no futuro, um profissional liberal bem remunerado, prestigiado socialmente e autônomos no seu trabalho diário. Mas a realidade tinha mudado com o avanço da produção capitalista. Apenas 5% dos médicos atuais conseguem se manter através da prática liberal. A odontologia e principalmente a medicina se proletarizam. Ao jovem profissional de saúde de hoje só cabe ser um empregado assalariado, ou das empresas médicas lucrativas, ou do Estado. O seu trabalho, semelhantemente ao que ocorre com o restante da classe trabalhadora, tornou-se subordinado e explorado economicamente; não é mais dele, é do empregador que lhe paga o salário; tornou-se um trabalho alienado. Esta alienação do trabalho em saúde cria um grande espanto, pois é um processo recente e, além do mais, a angústia e o estado de carência pessoal, entranhados no seu campo de atuação, a doença, torna ainda mais evidente o caráter desumano das relações capitalistas de trabalho.

As injustiças, corrupções e desprezo que os dentistas e médicos encontravam na Secretaria de Saúde reforçavam a sua vontade de encarar o emprego apenas como um "bico". Para começar, o INAMPS prometera repassar, para a Secretaria de Saúde, verbas para contratar os médicos e dentistas em horário integral para os Centros de Saúde. Quando os contratos saíam, eram apenas para 4 horas diárias de serviço. Mas acontece que nas pequenas cidades do interior da Paraíba não existe nenhuma ou -

tra chance de trabalho remunerado para o médico. O discurso oficial era interiorizar os médicos e os dentistas (tanto assim que o P.I.A.S.S. significa PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO). Mas não deram condições para tal. Na verdade, porque este "querer interiorizar" era apenas discurso demagógico. Com o baixo salário pago, os médicos e dentistas ficavam colecionando pequenos empregos nas cidades maiores, próximas. O trabalho no Centro de Saúde era apenas mais um emprego que, por sinal, tinha que ser enrolado para poder dar tempo de viajar até os outros empregos.

A própria Universidade, que formava os profissionais de saúde, estruturava os seus cursos ainda voltados para a prática em hospitais e em clínicas especializadas, apesar de que no mercado de trabalho, já era grande a demanda de profissionais para serviços de atenção primária à saúde. Nos Centros de Saúde onde iam trabalhar, era exigido um tipo de tecnologia para o qual eles não tinham sido treinados.

Diante da urgência do problema de saúde da população, nós, enquanto profissionais administrativos do II N.R.S., ficávamos numa situação difícil. Nosso espaço de atuação era usar o nosso pouco poder para pressionar os profissionais dos Centros de Saúde a fim de que trabalhassem melhor. Procurávamos ir resolvendo, da melhor forma possível, os entraves que eles utilizavam como desculpa para não trabalhar. Fazíamos reuniões, jornaizinhos e ofícios apelando para o dever e a responsabilidade que tinham com a saúde da população, e tentando envolvê-los com a proposta do P.I.A.S.S.. Preparávamos análises de produtividade de dos vários setores de cada Centro de Saúde, procurando identificar e divulgar as situações mais absurdas.

Estas tentativas significavam buscar resolver problemas estruturais com exigências morais, atividades educativas e coerção, mas era o que podíamos fazer. No entanto, acredito que esta cobrança e esta pressão que fazíamos sobre estes profissionais tinham, inclusive, um sentido político: era uma pressão para que saíssem do seu comodismo reivindicativo. Eles não se organizavam em torno de seus problemas e nem mesmo se sindicalizavam. Eles próprios tinham que lutar contra a exploração em que viviam. Fechar os olhos às ausências, ao descaso com os pacientes e às pequenas fraudes era deixar tudo continuar acomodado.

E os Postos de Saúde rurais? Foi construído um número bem grande deles. A Secretaria de Saúde tinha 32 Postos e a Emater (órgão estadual de apoio agrícola) tinha outros 43. Uma vez, em uma reunião de agricultores, um dos participantes disse:

- "Hoje em dia a gente vê mais Posto de Saúde do que pé-de-planta. Mas a gente continua sem assistência".

Engraçado como que, nesta reunião mesmo, eu defendi o trabalho dos Postos de Saúde. Dizia que mais importante do que um médico vir periodicamente distribuir remédios, era ter uma auxiliar de saúde que procurasse desenvolver um trabalho contínuo de prevenção e educação. Mas, aonde existia esta auxiliar atuando dessa forma? Apenas em meus sonhos utópicos. Para a reivindicação daqueles agricultores de ter, pelo menos, um médico semanalmente receitando uns remedinhos (coisa que também sabiam que não resolvia, mas pelo menos aliviava), eu contrapunha um discurso de Medicina Comunitária rural, impossível de se realizar naquela estrutura institucional.

Na verdade, aqueles Postos de Saúde que tinham um prédio até bonito, estavam quase totalmente ociosos. A auxiliar de saúde

que lá trabalhava recebia pouquíssimas supervisões no ano. Os seus pedidos de reposição do material em falta quase nunca eram atendidos. Só lhe restava distribuir os alimentos do Programa Nacional de Alimentação, vacinar as crianças que ali apareciam e fazer alguns curativos, quando tinha material. Os Postos passavam o dia quase todo vazios, com a sua atendente sentada ou limpando alguma coisa. Mas acredito que a situação seria muito diferente se houvesse recursos e a Secretaria de Saúde fosse regida por uma outra lógica.

#### f) FAZER SAÚDE É FAZER POLÍTICA

Um belo dia, uma notícia nos surpreendeu: o nosso superintendente, por motivo de problemas familiares, mudou-se para João Pessoa. O cargo estava vago. De repente, uma esperança de melhoria! Afinal de contas, o II N.R.S., com todos os seus problemas, era o cartão de visitas da Secretaria de Saúde da Paraíba. Imaginem o resto! Acreditávamos que o Secretário da Saúde tinha interesse de colocar um bom técnico no cargo, para que o cartão de visitas continuasse a sê-lo. Quem sabe um técnico de João Pessoa? Ou uma das nossas supervisoras, que era uma médica bastante eficiente? Quem sabe até a Nelsina? Santa ilusão!... Em um outro belo dia chega a notícia: fora escolhido o novo superintendente. Era um médico de um dos municípios de nossa região, famoso porque pouco aparecia no seu Centro de Saúde. Não tinha nenhum estudo ou prática de saúde pública, mas era membro ativo do partido do Governo.

Este sentimento de desilusão, no fundo, mostrava como

que, apesar de todo o nosso aprendizado anterior, continuávamos achando que o programa de Medicina Comunitária que tentávamos implantar era um programa eminentemente técnico e não político. *Acertava-se que* para chefiar um projeto essencialmente técnico precisa-se é de um bom técnico e não de um político. Mas o P.I.A.S.S. era um programa eminentemente político.

O novo superintendente suspendeu as reuniões semanais de planejamento das atividades em que toda a equipe participava. Limitou o acesso dos supervisores às informações vindas de João Pessoa. Eram formas utilizadas por quem se sentia fraco no poder e para evitar questionamentos dos subordinados. Mas ele ao mesmo tempo precisava de todos. Os conflitos entre os membros da equipe desapareceram por alguns instantes e o grupo se articulou para contrapressionar. Os nossos espaços de participação no poder, antes duramente conquistados, vão aos poucos retornando. O novo superintendente vai fazendo o seu aprendizado com os membros da equipe. Nós, por outro lado, vamos descobrindo algumas de suas qualidades: a sua habilidade e o seu entrosamento político. A paz armada anterior volta a reinar. O barco volta a navegar. Éta política, sempre surpreendendo e sempre ensinando! Puxa-se dali, empurra-se de cá. Golpes mortais dali, transformados em apenas golpes dolorosos por rearranjos daqui, ou em contra-golpes. Engraçado como que, no meio de tanta briga, às vezes eu parava e ficava admirando esta imprevisibilidade e este existir de forças tão variadas se interagindo em um jogo sempre surpreendente. Pena que eu tenha ido tão inocente para o Nordeste! Mas aos pouquinhos ia aprendendo. A minha prática, norteadada por um compromisso político, ensinava-me muito mais do que a escola.

O fato do movimento da humanidade dar-se essencialmente dentro de um jogo de lutas entre interesses de diferentes pessoas, grupos, partidos, classes, reflete em todas as profissões. O dia-a-dia de cada profissão é permeado de conflitos. Na prática da saúde pública, então, isto é claríssimo. A coisa mais comum, para mim que acompanhava o início profissional do recém-formado ou do estagiário do último ano de curso superior, era ver o choque que tinham ao perceber que o trabalho profissional não era uma prática tranqüila, eminentemente técnica, mas também uma prática de conflitos e de luta. Um choque que fazia muitos desanimarem ou então, passarem a adotar uma postura de cafejeste: - "já que o mundo é esta briga sem fim, vamos sair dando pernadas. Quem for esperto, que se safe". Eu, pela minha formação cristã, dentro de uma família de classe média estável e fechada tive muita dificuldade de enfrentar esta situação. Os cristãos, na medida em que consideram todos os homens irmãos, tendem sempre a dar um voto de confiança ao próximo. Têm dificuldade de aceitar que seu colega que está a seu lado, todo gentil, esteja lhe preparando um golpe por trás. Têm também uma tendência de analisar a realidade por aquilo que ela deveria ser. Esquecem que a fraternidade é algo a ser construído e não algo que domina. Para construí-la é preciso, muitas vezes, derrotar pessoas ou grupos e ser esperto para não ser derrotado.

Esta ingenuidade com que eu fui para a Paraíba fazia-me estar sempre soltando informações para pessoas, que mais tarde, utilizavam-nas contra mim. Vivia estarecido com a constante "maldade" das pessoas. Depois fui vendo que não era maldade e sim interesses diferentes. Eu só partia para a luta depois de ter levado vários tapas. Esta natureza conflitiva de toda rela-



ção humana (inclusive entre marido e mulher), obriga-nos a desistir da idéia de encontrar um ambiente onde possamos nos abrir totalmente, ser transparentes e de encontrar uma relação total (como talvez tivemos no útero de nossa mãe). Isto implica numa solidão que dói. Uma dor que nos leva a uma constante tentação de investir nas <sup>novas</sup> ~~nessas~~ relações, à procura deste encontro sem limites. Uma tentação que ocorria em mim, mesmo na minha prática profissional, tão conflitiva como era. Afinal, nem todos os momentos eram de conflitos. Havia momentos de amizade e de brincadeira. Fui vendo que, mesmo nestes momentos, precisava haver uma amizade vigiada, uma brincadeira com o pé atrás. Deixar de vigiar a amizade e de manter o pé atrás nas brincadeiras, podia ser quase fatal. Conseguir mudar esta postura pessoal "inocente", foi uma das coisas mais difíceis para mim.

Uma outra coisa que me escandalizava era ver como que qualquer decisão técnica sofria interferência dos políticos locais. Acontece que lá, a hegemonia política da ordem econômica vigente era construída principalmente através do jogo político clientelista. Nas regiões do país onde a economia é mais desenvolvida, esta estratégia de hegemonia vai sendo aos poucos substituída pela estratégia da racionalidade administrativa. O Estado consegue sua legitimidade na medida em que se mostra regido pela técnica do planejamento racionalizado (uma técnica desenvolvida pelo próprio capital monopolista).

Mas no interior paraibano, as contratações só eram feitas por interesse dos deputados e prefeitos. Havia locais com extrema carência de pessoal e outros abarrotados de funcionários. Nas contratações não se levava em consideração o tipo de profissional necessário ao serviço, a qualificação do candidato,

nem mesmo se estava sendo necessária uma nova contratação. O importante era o Q.I. (Quem Indica). Uma simples transferência de um servente para outro Centro de Saúde tinha que ser encaminhada pelo chefe político da região (em geral o deputado do partido do governo mais votado no município). Até a transferência de materiais passava pelo crivo político.

Lembro-me de uma vez em que, visitando um dos Centros de Saúde, descobri que existiam lá três geladeiras. Como o prefeito do município era parente de um alto funcionário da Secretaria, o seu Centro de Saúde fora super equipado. Acontece que alguns outros Centros de Saúde estavam sem geladeira (o que é inaceitável, pois sem geladeira não há vacinação). Falei para a equipe do Centro de Saúde que iria discutir no II N.R.S. a transferência de pelo menos uma das geladeiras. Quem não gostou da notícia foi o prefeito. Uma semana depois fiquei sabendo que ele tinha entrado em contato com o diretor do Centro de Ciências da Saúde da UFPb e com o chefe do meu departamento para dizer da necessidade de me tirar da região, pois eu estava criando atritos com as lideranças políticas locais. Com certeza ele tinha sido orientado pelo <sup>do II N.R.S.</sup> ~~(nosso)~~ superintendente, que sabia da instabilidade de nossa situação na Universidade. A fofoca se desfez, mas as três geladeiras continuaram no Centro de Saúde.

Outra coisa que atrapalhava muito era quando íamos atuar em município onde a prefeitura pertencia à oposição e não podíamos solicitar a colaboração do prefeito, ou trabalhar integrados a ele. Corríamos sempre o risco do deputado majoritário do partido do governo se irritar em achar que estávamos apoiando a administração da oposição.

No início estes políticos eram o bicho-papão que nos

causava arrepios só de ver aproximar. Eu e Nelsina nos sentíamos completamente inseguros diante deste poder, pois, pelo fato de não sermos da Paraíba, não tínhamos ligação com nenhum setor ou pessoa que tivesse entrada junto aos seus caciques. E o fato de atuarmos junto ao Centro de Orientação dos Direitos Humanos fazia-nos sentir "culpados" diante deles. Sentíamos-nos assim, apesar dessa ligação estar relativamente bem escondida, pois a cúpula política tem muito pouco contato com os setores populares que participavam de nossas reuniões. Aos poucos, fomos vendo que estes bichos-papões não eram tão poderosos e ameaçadores como imaginávamos no início. Havia também estratégias para enfrentá-los. Quem nos alertou sobre isto foi uma supervisora de um outro Núcleo Regional. Ela dizia:

- "Estes grandes políticos, em geral, conhecem pouco os detalhes da realidade local dos municípios. O que eles fazem questão é que as decisões passem por suas mãos. Aqui na minha regional eu utilizo a seguinte estratégia: se é preciso contratar uma auxiliar de saúde em determinado município, antes que a informação se espalhe, eu vou até lá e seleciono a candidata, segundo os meus critérios. Vejo se ela não tem alguma amizade com algum vereador ou líder local que possa apresentá-la ao chefe político da região. Em geral eles não negam apresentá-la, pois sua família é eleitora. Quando tudo já está acertado, um dia antes da candidata procurar o chefe político, eu o visito e lhe falo da necessidade de contratar uma nova auxiliar de saúde e que conheço a fulana, que tem tais e tais qualidades técnicas. No dia seguinte a candidata se apresenta, muito solícitamente, com a apresentação do pequeno líder local. Muitas vezes isto dá certo. O negócio é apressar para que a contratação saia antes

que as outras lideranças políticas saibam da possibilidade e se articulem para colocar alguma outra pessoa. Em geral os deputados fazem questão de que sejam eles as pessoas que decidem a contratação. Sobre a pessoa que estão indicando, muitas vezes só interessa saber se é indicada por alguma pequena liderança local, para que, nas próximas eleições, esta lhe arrume os votos do seu curral eleitoral, pelo favor prestado em atender o seu pedido .

Esta forma de enfrentamento, contada por esta supervisora, no fundo, era a expressão de uma disputa que existe entre a categoria dos profissionais técnico-administrativas e a categoria dos políticos profissionais. Mas ambas as categorias podem ser instrumentos de dominação. A tecno-burocracia tem uma ação regida pela racionalidade administrativa e por isto aparenta ser neutra, ou seja, estar a serviço de uma eficiência, voltada para o interesse de todos. Mas a técnica que as alimenta é aquela criada pelo próprio capital monopolista: o taylorismo, o fordismo e suas modernizações atuais. A lógica capitalista tornou-se interna à própria técnica. O pessoal técnico-administrativo, com facilidade, é portador ingênuo desta lógica. Portanto, o importante não era enganar ou afastar os políticos das decisões, como muitas vezes quisemos, mas saber como conseguir implementar uma política de acordo com os interesses populares. Dependendo da situação, poderia ser através de alianças com políticos para vencer a vontade dos técnicos-burocratas. A pouca força das organizações populares locais e o seu pequeno amadurecimento político tornava a escolha difícil de ser tomada.

Só aos poucos fomos percebendo que o poder dos prefeitos e dos vereadores se, de um lado, tem um componente ilegíti-

mo pelos recursos clientelistas que utilizam para conseguir os votos e a conseqüente submissão ao poder econômico para conseguir meios para tal, de outro lado, tem um outro componente de legitimidade que é o fato de terem sido eleitos. Portanto, não se tratava apenas de buscar estratégias para vencer o poder que eles tinham, mas também de procurar respeitá-los como porta-vozes (pouco legítimos, mas dos mais legítimos entre os existentes) dos interesses da coletividade. Eram pessoas com quem dialogar. Afinal de contas, o voto livre universal foi uma conquista da sociedade civil, que custou muitas lutas.

Assim, passamos a não temer os políticos locais (os grandes políticos, nós ainda continuamos a temer). Se havia um mal-entendido, nós os procurávamos. Se queríamos um apoio, uma mudança de atitude, dialogávamos abertamente com eles, mas com muita solicitude. Eles também precisavam do nosso apoio para conseguir recursos para os seus municípios que, em geral, viviam com uma grande limitação de orçamento, devido à política tributária que concentra o grosso dos recursos recolhidos, através dos impostos nas mãos do Governo Federal.

Em todo este processo de luta e de resistência, uma coisa foi fundamental. No segundo ano do nosso trabalho no Brejo, foi inaugurada uma rádio em Guarabira. Uma rádio que tinha uma audiência quase total em toda a região. Eu e Nelsina resolvemos iniciar um programa sobre saúde. Deu certo! O programa significou um abrir de várias portas para a população. Ficamos conhecidos, começamos a ser convidados para reuniões, passamos a receber cartas de toda a região informando-nos de problemas ligados à saúde, conhecemos muitas pessoas interessantes e lideranças comunitárias que levávamos para participar do nosso pro-

grama. ~~Esta foi uma prática muito rica, para a qual dedicarei um capítulo desta dissertação. Cabe aqui, no entanto, assinalar que ela representou para o nosso trabalho dentro do II N.R.S.~~

O fato de termos conseguido um grande prestígio pelo rádio, aumentou muito a nossa força de atuação. Um aumento de força que equilibrou em parte a nossa "fraqueza" de estarmos ligados ao trabalho pastoral, junto aos agricultores. Esta nossa ligação com a Igreja, que sempre procuramos deixar camuflada, deixava - nos extremamente vulneráveis. Se ela fosse divulgada junto à cúpula política, seríamos imediatamente afastados da Secretaria de Saúde. Mas, à medida em que ganhávamos prestígio popular, isto se tornava mais difícil. Além disto, o programa de rádio multiplicou o alcance do II N.R.S.. Passamos a ter um canal de comunicação rápida com toda a rede de Postos e Centros de Saúde. E tínhamos um local onde discutir com a população vários dos problemas que ocorriam nos Serviços de Saúde. Como éramos nós dois que fazíamos estas discussões, a nossa maneira de encaminhar os problemas foi ganhando espaço dentro da instituição. Este tema será abordado depois, com maior profundidade.

**g) COM AS ELEIÇÕES DE 1982, UMA AVALIAÇÃO: O CLIENTELISMO É EFICIENTE**

O tempo passava e as eleições de 1982 foram chegando. Era uma eleição importante para o Governo, pois a imagem de ditadura militar, cada vez se desgastava mais. As perspectivas eram de derrota para o partido do Governo. Então a máquina estatal se mobilizou inteiramente para ganhar as eleições. A única

maneira do partido do Governo não perder era intensificar a utilização da estrutura dos currais eleitorais e a distribuição de presentes ao eleitorado. A Secretaria da Saúde foi aos poucos radicalizando no seu objetivo de máquina eleitoral. Agora, mais do que nunca, era local de concessão de favores às pequenas lideranças locais, em troca do apoio político. Havia um agravante: o Secretário da Saúde ia ser candidato a deputado. Então, muito do que antes achávamos ser insuficiente, ser ruim, passou a ser lembrado com saudade: "bons tempos eram aqueles em que tinha pouco medicamento, as supervisões eram apressadas, os treinamentos eram raros, mas, pelo menos, existiam". O professor Mourad foi progressivamente marginalizado das decisões importantes na Secretaria da Saúde. As necessidades dos serviços não tinham a menor chance, diante dos pequenos interesses políticos eleitorais. Os recursos passaram a ser, progressivamente, desviado para estes fins. Medicamentos em Centros de Saúde quase não se via mais. Diziam, no entanto, que vários políticos estavam fazendo visitas a regiões levando médicos à "tira-colo" e que distribuíam grande quantidade de medicamentos. Recursos para gasolina, para as supervisões, para treinamento e reciclagem de funcionários, para compra de prontuários, etc., eram cada vez mais escassos. Para onde ia esse dinheiro? Com certeza eu não posso afirmar nada, mas que ouvia-se muitas fofocas, isto se ouvia. Cada fofoca mais escandalosa que a outra! Todas falando do uso eleitoral de recursos públicos.

O PDS (partido político do Governo) ganhou as eleições na maioria dos municípios do Brejo em 1982, apesar de estar em crescente descrédito nacional. Praticamente ganhou em todo o Nordeste brasileiro. Esta vitória permitiu ao Governo Mili

tar continuar tendo alguma sustentação parlamentar. Nos municípios onde o partido da oposição ganhou, isto aconteceu porque os seus candidatos, aliados a setores do poder econômico local, fizeram um jogo eleitoral semelhante: negociação com pequenas lideranças locais, utilizando favorecimentos políticos e econômicos, distribuição de presentes ao eleitorado, promessas de futuros favorecimentos no próximo governo, etc.. Sem dúvida, o utilizar da máquina do Estado com fins eleitorais tem um peso muito grande em um Estado como a Paraíba.

Diante desta realidade nordestina, vejo que os políticos paraibanos não eram simplesmente **corruptos**. Eles eram muito mais **realistas**. Ou seja, a raiz de suas corrupções não era uma maldade pessoal e sim um realismo de perceber as leis do funcionamento daquela sociedade. Eram muito eficientes em sua luta pela manutenção do poder.

Por que esta política clientelista é tão eficiente? Esta é uma questão para a qual percebo ser insuficiente o meu nível de compreensão. Mas percebo que a sua resposta tem relação com o nível de pobreza e de carência em que vive a população. Ela vive nos limites da sobrevivência, de forma que torna-se dependente do pouco que o Estado lhe oferece. Os políticos locais são os intermediários entre o Estado e cada morador de cada comunidade. A população torna-se, então, dependente dos políticos.

Nas minhas conversas com a população ficava claro que ela percebia que as práticas da maioria dos políticos é corrupta e reforça a estrutura de dominação em que vivem. A população vê os limites dos políticos, mas precisa deles para sobreviver. Eles lhe trazem benefícios reais, ainda que aparentemente peque



nos (o remédio para tratar o filho doente, o carro para levar a mulher à maternidade, o alimento do Posto de Saúde, o abraço e um sorriso de uma autoridade, etc.). Neste sentido, não é fácil ser um político local; é preciso estar sempre disponível para este jogo de troca de favores, ou seja, pequenos recursos materiais e serviços, em troca do apoio eleitoral. Com o tempo, constrói-se um pacto simbólico de fidelidade, que é difícil ser rompido: cada uma das partes sabe que não sobrevive sem o cumprimento fiel desta pacto. Cria-se assim o chamado "curral eleitoral".

Por sua vez, os grandes políticos (governadores, senadores, deputados) conseguem os seus votos, negociando com os pequenos políticos locais. Estes últimos precisam do apoio dos grandes políticos, pois são eles que lhes fornecem os recursos materiais e os serviços que servem como elementos de negociação com o eleitorado. Da mesma forma, os grandes políticos precisam deles para sobreviver, pois cada eleitor só o apoia se tiver a indicação de um político local. Assim, se constrói uma rede de pactos políticos que é, ao mesmo tempo, de dominação e de prestação de serviços.

O programa de Medicina Comunitária que tentávamos implantar procurava romper com esta rede. As pessoas teriam acesso aos serviços, independentemente do seu apoio eleitoral a determinado político. Mas, nem por isto, ela não era legitimadora de uma dominação. Na verdade ela buscava (mesmo contra a nossa vontade), legitimar uma ordem econômica que não precisa mais de intermediários locais: a ordem social do Capital monopolista, que consegue sua sustentação política através da eficiência produtiva e de suas políticas sociais, administradas pela racionali

dade técnica do trabalho.

O que se construiu no Brejo Paraibano foi algo intermediário entre as duas propostas: a classe política local se apropriou parcialmente do projeto (da mesma forma como apropriou de outros projetos orientados por lógica semelhante), conseguindo, assim, sobreviver.

#### **h) UM MODELO DE MEDICINA COMUNITÁRIA REORIENTADO PELO DESCASO COM OS PROBLEMAS DA CLASSE TRABALHADORA**

Em termos de prestação de assistência à saúde, o que significou a rede de Centros e Postos de Saúde estruturada no Brejo a partir do P.I.A.S.S.? Sem dúvida, houve uma grande expansão numérica de serviços de saúde e de profissionais. Muitos daqueles municípios e povoados, que anteriormente só eram assistidos de forma esporádica e irregular por médicos visitantes, passaram a receber uma assistência de saúde contínua. Mas, como era essa assistência de saúde contínua? Em grande parte, era uma assistência oca. A carência de recursos materiais e a má qualidade do atendimento de seus profissionais marcavam profundamente aqueles serviços. Apenas as atividades de vacinação contra seis tipos de doenças infecciosas eram realizadas com algum nível de eficiência. A palavra descaso é a que melhor caracterizava aquela situação. Os problemas estavam identificados, soluções estavam previstas, mas tudo continuava como antes, quando não piorava. Mas aqueles serviços, apesar de tão carentes, tão ocos, eram um acréscimo significativo à assistência médica prestada à população tão miserável do Brejo Paraibano. E este acrés

cimo não veio de graça, foi fruto de muita luta por parte de muitos profissionais de saúde e organizações populares de todo o Brasil.

O descaso imperante redefiniu o modelo da Medicina Comunitária ali implantado: as suas várias características operacionais) <sup>citadas por Angélica Helena Mendes (1980),</sup> já apontadas no primeiro capítulo, realizaram-se de forma alterada.

1 - Em relação à proposta de buscar ampliar o interesse quase exclusivo da medicina "científica" tradicional na dimensão biológica do paciente individual para uma preocupação com a saúde da coletividade, quase nada foi operacionalizado. A maioria das atividades desenvolvidas nos vários Centros de Saúde continuam dentro do modelo tradicional, são que de má qualidade.

2. A integração entre atividades de promoção da saúde, de prevenção às doenças e de cura foi feita apenas parcialmente. De fato, a integração do serviço de vacinação ao atendimento curativo, aumentou sua eficiência. Do mesmo modo, a distribuição de alimentos dentro do Centro de Saúde ajudou a dinamizar um pouco as outras atividades. Mas além destas atividades, poucas outras atividades preventivas ou de promoção à saúde foram desenvolvidas. Apenas algumas ações técnicas bem definidas como campanhas de filtro, palestras, bochecho de flúor, etc. foram desenvolvidas e <sup>criadas mesmo de forma semelhante</sup>

3. O planejamento regionalizado de fato se implantou, mas principalmente devido à briga que a nossa equipe regional aprontou. A falta de autonomia financeira tornava, no entanto, muito limitada esta regionalização.

4. A proposta da criação de uma rede articulada de serviços de saúde com uma complexidade crescente "estancou" logo no primeiro degrau. Foi criada uma rede de serviços básicos sem nenhum apoio de serviços mais complexos. O doente que não tinha o seu problema resolvido nos Centros de Saúde, tinha que procurar uma solução por conta própria ou então "entregar a alma a Deus e esperar a divina misericórdia".

*Importância de utilizar a tecnologia apropriada para a comunidade de saúde da população*

5. O discurso da tecnologia apropriada passou a ser usado para justificar a carência de recursos e utilização de técnicas e materiais de segunda categoria.

6. A integração de práticas médicas alternativas, como a medicina popular, nos serviços, foi renegada pelos vários profissionais que também não receberam nenhum apoio informativo que lhes permitisse integrar o saber popular ao seu saber adquirido nas escolas.

7. A proposta de organizar o serviço de forma baseada em um trabalho de equipe com grande participação de pessoal contratado da própria comunidade, realizou-se apenas em parte. Os constantes conflitos, que refletiam os vários interesses políticos, econômicos e corporativos presentes *naqueles serviços* naquela prática) fizeram com que sua organização tendesse a se basear num conjunto de atuações individuais.

*Participação da comunidade*

9. A participação da comunidade na definição das práticas do serviço se restringiu à participação de lideranças políticas formais (prefeitos, vereadores e deputados). As organizações

populares, ou não tinham ainda força política para buscar esta participação, ou tiveram suas tentativas "podadas" pela direção do serviço.

Aqueles Centros e Postos de Saúde eram uma resposta à crescente insatisfação da população e às pressões de setores da sociedade civil. Mas eram uma resposta esvaziada em seu "miolo", em seu núcleo, mantendo apenas o exterior e a aparência. Neste sentido, os Postos e Centros de Saúde eram, ao mesmo tempo, uma conquista e uma negação do direito à assistência à saúde. Estes serviços, em parte ociosos, representavam respostas efetivas a alguns problemas de saúde mais simples da população e, por isto, contribuíam na legitimação do Estado. No mesmo momento, os seus limites eram causa de insatisfação e, portanto, de questionamento da ordem política. Assim, eles significavam, tanto espaços de novas lutas reivindicativas, como espaços de controle político.

#### **i) A UNIVERSIDADE NÃO É UMA ILHA ISOLADA DA SOCIEDADE EXPLORADA**

Se a nossa prática junto à Secretaria de Saúde foi marcada pelo conflito, tal não foi diferente em relação à Universidade.

Nosso trabalho na Universidade consistia no acompanhamento dos alunos do curso de especialização em medicina preventiva e dos alunos do Estágio Rural Integrado (estágio de um mês para alunos do último ano de medicina, enfermagem, odontologia, bioquímica e nutrição).

Acontece que a coordenação do Estágio Rural Integrado (ERI) fora entregue a dois professores que tinham uma proposta

de trabalho completamente diferente da nossa. Para eles a função do E.R.I. não era permitir ao aluno o conhecimento da realidade de saúde da população rural e de treinamento numa prática em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Eles viam o E.R.I. como uma forma de suprir a deficiência de locais para estágio, nos hospitais da Capital. Para isto eles preferiam estruturar os estágios no interior, em locais onde havia hospitais. E por divergirem de nossa posição de procurar ampliar a atuação clínica, dando-lhe uma dimensão educativa e política, boicotavam-nos não nos enviando alunos. Na verdade, a divergência não era só por causa dos nossos posicionamentos, mas também devido ao nosso relacionamento com o prof. Mourad, que havia articulado a nossa contratação. Este tinha conseguido um grande poder junto à diretoria do Centro de Ciências da Saúde e estava implementando uma série de mudanças que desagradava a muitos professores, em geral, bastante comprometidos com o poder político dominante. Houve também alguns erros de condução das mudanças. Havia muita vontade de fazê-las rapidamente. Às vezes não se dava tempo para um amadurecimento dos professores. Isto ajudava a radicalizar as tensões. Nós, que éramos vistos como membros do grupo de Mourad, colhemos as sobras desta briga, que pegamos já no meio.

Criou-se uma situação estranha: fomos contratados para estruturar uma área de estágio rural e não recebíamos estágioários. Eles eram enviados para outras cidades do Estado, menos para a nossa região. Isto refletia muito a situação da Universidade brasileira: uma administração descentralizada, com grupos de professores com propostas divergentes.

Um novo espaço de luta se fez. Tínhamos que ir com freqüência a João Pessoa para negociação. Articulávamos com ou-

tros professores para que ajudassem a pressionar. Fazíamos reuniões com alunos, mas estes pouco compreendiam o que ocorria. As mudanças tinham sido feitas de cima para baixo; não eram frutos de um movimento de alunos e professores, como tinha sido em Minas Gerais. Depois de várias reclamações nossas, o diretor do Centro de Ciências da Saúde ordenou que fossem enviados estagiários a cinco dos municípios onde atuávamos.

A coordenação do E.R.I. não se dá por vencida, aceita as cinco cidades como área de estágio, mas passa a enviar, com irregularidade, os alunos. Em um mês manda três estagiários, no seguinte não manda nenhum. No outro, apenas um. Os cinco prefeitos, que haviam alugado casa para alojar os estagiários e contratado funcionários para preparar as suas alimentações, começam a protestar e a ameaçar romper o convênio. A irregularidade dos estagiários não permitia nenhuma continuidade nos trabalhos e criava expectativas na população. A coordenação alegava que faltavam estagiários, ou que eles não queriam ir para a nossa região. Não acreditávamos, mas era difícil desmentí-los porque só eles participavam do processo de seleção dos alunos. O que se passava neste processo pouco se sabia. Mas alguns alunos que chegavam, diziam que eram dadas informações desanimadoras sobre a nossa região. Em certo período, conseguimos participar, pelo menos parcialmente, do processo de treinamento e seleção dos estagiários. E a situação melhorou um pouco.

Na época não percebíamos com clareza como que estes atritos, no fundo, refletiam a luta entre os interesses de classe da sociedade. Os coordenadores do Estágio Rural Integrado queriam que a Universidade se voltasse para a formação de profissionais para empresas médicas e para os hospitais do Estado, que

funcionavam dentro do modelo de medicina científica, dominante na prática médica paraibana. Era uma forma de assistência à saúde, já perfeitamente integrada à acumulação capitalista e à estrutura de poder político do Estado. O nosso grupo de professores lutava para dirigir os cursos de saúde para a formação de profissionais voltados para um projeto de reestruturação da prática médica, que acreditávamos poder romper pelo menos parcialmente, com a sua subordinação às leis da acumulação capitalista, tornando-se mais permeável aos interesses populares, que se imporiam nestes serviços, pela participação comunitária. Posteriormente, as diferenças entre os dois grupos de professores diminuíram bastante, quando se foi percebendo que o projeto de Medicina Comunitária sendo apropriado parcialmente pelo poder político do Estado e que ele também estava a serviço da hegemonia política do capital monopolista que, nos últimos vinte anos, vinha se impondo ao nível da produção econômica.

#### j) POR TRÁS DAS DIFICULDADES DOS ALUNOS

O que significava o Estágio Rural Integrado para os alunos? Na maioria dos alunos percebíamos um misto de descontentamento e de satisfação. Eles protestavam muito contra o fato de serem obrigados a vir para o interior e contra a precariedade dos serviços onde iriam trabalhar. Nós, como professores, tendíamos a explicar estas resistências como problemas de sua formação universitária. Impressionante como cada especialista tende a ver os problemas do mundo apenas pelo ângulo de sua especialidade! Para nós, a grande causa era o ensino dos cursos de



saúde ainda muito voltados para o modelo da medicina científica, treinando os seus alunos para atuarem em clínicas com grande sofisticação tecnológica, super especialização das atividades e basicamente voltadas para a dimensão biológica dos problemas de saúde. Isto era uma verdade, mas não era a razão maior.

Na verdade, eles percebiam que o trabalho em Centros de Saúde nas áreas rurais e nas periferias urbanas era desvalorizado socialmente, salarialmente e marcado pela precariedade de recursos materiais. Além disto, eles percebiam também que, nestes serviços, o profissional é, em grande parte, um joguete na mão dos interesses políticos. Assim, eles continuavam desejando investir em um estudo voltado para uma formação como profissionais super-especializados e capazes de manipular tecnologias sofisticadas, apesar do mercado de trabalho estar cada vez mais restrito para este tipo de profissional. Esta meta, pelo menos, era uma esperança de ascensão social. São estes profissionais especializados e sofisticados que tratam da elite econômica.

O desejo de trabalhar em um serviço de Medicina Comunitária teria sentido para um aluno engajado politicamente, com os interesses das classes populares, pois estes serviços poderiam ser um espaço de interação com as mesmas. Mas, não é a escola a principal responsável pela criação deste engajamento político. Seria muito difícil esperar alguma atuação mais significativa daquela Universidade neste sentido: em uma Universidade Federal, de um governo ditatorial, engajada com os interesses do capital monopolista. De fato, as questões de saúde da classe trabalhadora mal tinham sido tocadas teoricamente, nos vários cursos.

Mas nem todos os descontentamentos se deviam a problemas globais. O tempo de estágio era muito curto (um mês). É muito difícil adaptar-se na região num período tão curto. Além disso, o acompanhamento que prestávamos era muito precário. Em geral, estávamos muito sufocados com os múltiplos problemas e os conflitos do serviço na Secretaria de Saúde para podermos dedicar uma maior atenção aos alunos. Nem mesmo a Universidade nos dava recursos para isto: não tínhamos carro para visitar os estagiários. Quando não conseguíamos o carro da Secretaria de Saúde, tínhamos que utilizar o nosso próprio carro. Enquanto isto, em João Pessoa, construía-se um grande e sofisticado Hospital Universitário. Até na formação profissional manifestava-se o mesmo caso com os problemas de saúde dos trabalhadores.

No entanto, o Estágio Rural Integrado significou muita coisa positiva também. Os alunos vivenciavam a precariedade dos serviços públicos de saúde e a sua administração cheia de conflitos. Sentiam mais de perto a carência da população e, quanto mais se aproximavam dela, mais se evidenciava como os fatores sociais estão misturados com a questão saúde-doença. A experiência de estar sem o professor ao lado, orientando suas condutas e socorrendo nas dificuldades, era um grande desafio para muitos. Surgiam amizades diferentes naquela situação nova, longe da proteção familiar. O relacionamento com políticos, chefes de instituição, era um aprendizado. Muitos alunos terminaram o estágio, profundamente tocados com a experiência vivida. A dinâmica de vida e de sofrimento da classe trabalhadora tem uma grande força cativante para os que dela se aproximam com sensibilidade.

A passagem dos estudantes pelos serviços de saúde, a-

pesar de todos os limites, contribuiu, inclusive, para melhorá-los. O aluno questiona, renova as rotinas de trabalho, dá sugestões, traz novas idéias e, muitas vezes, mobiliza as forças políticas para a obtenção de mais recursos.

Neste sentido, a proposta de Integração Docente Assistencial (integração das instituições prestadoras de assistência à saúde com as instituições de ensino, para que o ensino e a pesquisa científica fiquem mais acopladas às necessidades da prática) que nos levou até Guarabira, tem uma validade. No entanto, era uma proposta difícil de ser operacionalizada, principalmente em um Estado como a Paraíba, onde os interesses da política clientelista dominante, tornavam a prática de suas instituições fragmentada. O fato de cada setor institucional se ligar a determinado interesse particular tornava muito difícil um projeto de integração mais amplo.

A Residência de Medicina Preventiva e Social também nos enviava estagiários. A sua coordenação era constituída de pessoas que tinham uma visão do mundo parecida com a nossa. Por isto tínhamos uma expectativa elevada para com esse estágio. No entanto, essa Residência foi uma outra área de atritos. A Residência, refletindo uma tradição dentro da Saúde Pública e da Medicina Social, preocupava-se basicamente com a formação de técnicos capazes de atuar dentro da máquina administrativa do Estado e teorizar sobre isto. Eu, de outro lado, tivera uma formação em Clínica Médica e me preocupava basicamente com a questão da atuação do profissional de saúde junto à população. Minha participação nos trabalhos da Igreja a nível de Educação Popular, aos poucos, reforçava-me o gosto e o sentimento de ser importante e complexo o problema da atuação ao nível do cotidiano

das classes populares. Esta diferença entre a orientação da coordenação da Residência e as orientações que eu dava aos seus estagiários quando estavam na região, foi criando uma série de atritos, os quais não soubemos resolver. Na verdade não os compreendíamos muito bem. Eram atritos que, à primeira vista, pareciam estar ligados a defeitos pessoais dos professores envolvidos. E o fato de não terem sido criados canais de negociação entre nós, fez com que estas divergências fossem crescendo. De repente, sem maiores explicações, o estágio da Residência de medicina preventiva foi retirado da nossa região. Foi para uma outra localidade, onde a sua coordenação podia manter a hegemonia de suas orientações. Isto me abalou muito. Aceitava que houvesse conflitos e inimizades com os setores da Universidade que tinham uma postura política diferente da nossa. Mas o perceber que, até com aqueles que deveriam ser nossos aliados, havia conflitos e inimizades, foi duro! Sentimo-nos sem referências e sem amparos. Mas na verdade, faltava-nos conhecimentos teóricos para compreender o que passava e negociar soluções.

A proposta de ensino da Residência em medicina preventiva estava nitidamente ligada às transformações pelas quais o

Estado brasileiro estava passando com a agravamento de sua crise financeira desde o início da década de 1970. Como ocorreu com os vários outros países capitalistas, o nosso Estado vinha sendo obrigado a assumir um papel cada vez mais amplo na criação da <sup>uma</sup> infra estrutura material e humana (hidroeletrica, estradas, meios de comunicação, produção de matéria prima, cursos de formação de mão de obra, pesquisa científica, etc.) capazes de aumentar a produtividade das empresas aqui instaladas sob pena da economia nacional se estagnar. A crescente internacionalização da economia exige gastos estatais cada vez <sup>MAIORES</sup> ~~maiores~~ para que as mercadorias produzidas em uma determinada nação enfrentem com sucesso a concorrência do mercado mundial. Ao mesmo tempo, é cada vez <sup>MAIOR</sup> ~~maior~~ a necessidade de despesas com as políticas sociais para que o Estado e a organização econômica da sociedade de continuem a ser consideradas legítimas pela população pois a expansão

(VER ATRAS)

inicialmente por Taylor para a grande indústria. Ao nível das políticas de saúde, se estrutura uma complexa rede de órgãos de planejamento e de administração que, dentro da lógica taylorista de divisão do trabalho, passa a planejar e a gerenciar as ações da saúde que serão cumpridas pela massa de trabalhadores de saúde simplificados a nível local. Os cursos de especialização em Medicina Preventiva e Social são expandidos como uma forma de responder às novas necessidades de profissionais técnico-administrativos para este processo de racionalização gerencial das políticas de saúde. No entanto ~~mas~~, um bom número destas Residências são apropriadas por profissionais com propostas políticas de esquerda, que percebem nesta atuação ao nível do planejamento, um espaço de luta política e de redirecionamento dos serviços de saúde, de acordo com a lógica dos interesses da classe trabalhadora.

Neste contexto estava inserida a Residência de medicina preventiva da Universidade Federal da Paraíba. Apesar de seu projeto político de esquerda, ela incorporava em sua proposta a administração taylorista do trabalho, com suas implicações de separação entre o trabalho intelectual e manual e a conseqüente desqualificação dos trabalhadores <sup>subalternos</sup> que têm, então, suas tarefas fragmentadas e simplificadas. Em outras palavras, ela buscava formar profissionais planejadores e administradores de ações de saúde que, ao mesmo tempo, procurariam alargar o direito à assistência médica das classes populares, mas que também acabariam por contribuir na implantação de relações de trabalho capitalistas e, portanto, alienadoras e dominadoras do trabalhador de saúde.

Eu, que na maior parte do meu tempo de trabalho era um médico de Centro de Saúde e portanto um executor, senti, intuitivamente, uma forte rejeição à postura daqueles futuros profissionais. Talvez uma rejeição semelhante àquela que os médicos dos outros Centros de Saúde deviam sentir em relação a mim, quando eu atuava como supervisor. Eu percebia que aqueles

residentes e seus orientadores queriam impor "cientificamente" (e muito autoritariamente) normas e padrões para o meu trabalho e para o restante dos profissionais da região. Ao mesmo tempo, eu percebia (muito confusamente) que era possível uma outra lógica de organização do trabalho: uma organização estruturada a partir de proposta dos profissionais de saúde locais e dos usuários do serviço. Nesta outra lógica de planejar as ações de saúde, os órgãos centrais e regionais seriam órgãos de apoio. Mas eu não encontrava receptividade nenhuma nos coordenadores da Residência para discutir os problemas dentro desta lógica. Era como se falássemos línguas diferentes.

Lembro-me de situações em que eu estava com sérios problemas de organização da equipe do Centro de Saúde de Pilõeszinhos e que o residente que lá estava, não se interessava nem um pouco. Preocupava basicamente em organizar e experimentar um modelo de Vigilância Epidemiológica que pudesse ser posteriormente expandido a toda a região. No II Núcleo Regional de Saúde, os supervisores estavam em uma fase bastante sobrecarregada com um curso de treinamento de visitadoras sanitárias. Havia muitos problemas para serem discutidos e resolvidos. Mas o residente insistia em querer se preocupar apenas com o seu modelo de organização de Vigilância Sanitária. Ou seja, os residentes interessavam em planejar e trabalhar em questões que estavam em moda e não naquelas que estavam surgindo na prática. Esta falta de sintonia era motivo de insatisfação de ambas as partes.

Sei que esta proposta de pensar a organização e o planejamento das ações de saúde, a partir das propostas dos usuários e dos profissionais locais, não apresenta condições de ser totalmente operacionalizada em nossa sociedade atualmente. Nem

os profissionais de saúde locais, nem os usuários dos serviços de saúde, têm um nível de organização suficiente para coordenar um processo tão complexo. Mas muita coisa já é possível ser feita neste sentido. É uma tarefa prioritária politicamente: criar germes de novas relações de trabalho, baseadas na igualdade.

### 1) NA CORDA BAMBA

Com todos estes conflitos na Universidade, a nossa situação pessoal tornou-se instável. Um ano após a nossa contratação (1979), em uma ida a João Pessoa, fiquei sabendo que tínhamos sido demitidos pela Câmara Departamental. A princípio, achamos que só nos restava arrumar as malas e partir para outra. Pensamos que aquilo que tinha acontecido conosco era apenas um fato pessoal. Sentimo-nos constrangidos de incomodar outras pessoas para nos ajudar, mas a lembrança do nosso aprendizado junto ao Centro de Orientação dos Direitos Humanos fez-nos resistir. Partimos para a briga e, na briga descobrimos que aquela situação dizia respeito a todos os professores que queriam uma Universidade mais democrática. Procuramos a Associação dos Docentes da Universidade, que tinha sido recentemente criada. Lá, descobrimos que um dos seus membros tinha participado da reunião de Câmara Departamental. Fomos visitá-lo. Ele nos recebeu boquiaberto: a nossa imagem pintada na reunião tinha sido escabrosa. Nós não podíamos ser as mesmas pessoas que o Chefe do Departamento pintara! Este, aproveitando a ausência da única professora participante da Câmara Departamental que conhecia o nosso trabalho (ela estava em um Congresso em São Paulo), pintou o

que queria. Disse que éramos dois professores que tinham ido para o interior para enriquecer, que estávamos com consultório particular, praticamente não trabalhávamos para a Universidade e vivíamos criando atritos com políticos locais. O Coordenador do Estágio Rural Integrado compareceu para confirmar as acusações. Os professores, que não nos conheciam, acreditaram nos dois e aprovaram a nossa demissão. A descoberta do golpe criou a maior confusão no Departamento. A Associação Docente exigiu que a nossa demissão fosse rediscutida, agora com a participação de todos os professores e com direito à defesa por parte dos acusados. A reunião, apesar das resistências iniciais, aconteceu. Após a nossa defesa que constava de abaixo-assinados da população do município onde eu atendia, cartas do bispo, prefeitos e declarações de alunos, fomos aplaudidos de pé por quase todos os professores do departamento. O golpe estava desmascarado. O Chefe do Departamento e a coordenação do E.R.I. se desgastaram. O golpe mortal se transformou em contra-golpe.

Naquela mesma reunião, foi decidido cancelar provisoriamente o funcionamento da Câmara departamental. Todas as decisões deveriam começar a ser tomadas por todos os professores. Nas eleições seguintes, o então Chefe do Departamento não conseguiu ser reeleito. Era o fim de um longo reinado!

As escaramuças pessoais não terminaram. Um ano depois, ficamos sabendo que estávamos na iminência de sermos transferidos de Guarabira para João Pessoa, porque o Reitor da UFPb não estava gostando do trabalho que estávamos fazendo lá. Mais experientes com as artimanhas dos nossos opositores, procuramos logo um conhecido que tinha contato direto com o Reitor. Ficamos sabendo que o motivo pelo qual o reitor não estava gostando do



nosso trabalho era porque estava sendo informado pelo nosso Chefe de Departamento e por um membro da Diretoria do Centro de Ciência da Saúde que estávamos em Guarabira enriquecendo, que o cargo de professor era apenas um emprego para nós e que dedicávamos mesmo<sup>s</sup> era à clínica particular. Que falta de imaginação! Era a mesma história de antes! Foi fácil mostrar o contrário com cartas, abaixo-assinados do povo de Pilõezinhos, carta do bispo, etc., etc.. Era impressionante como tão altas eminências universitárias utilizavam-se de mentiras tão baixas. A cada ataque, mais eles se desgastavam e mais nos afirmávamos. Iamos aprendendo que intrigas e fofocas são também formas usuais de dominação no jogo político institucional.

Estes foram os golpes maiores. Fofocas, atritos, mal-entendidos habilmente difundidos e ampliados, eram coisas do dia-a-dia. Havia períodos em que eu desanimava: vou largar a Universidade e ficar trabalhando mais junto à Igreja. De fato, vivíamos sob um grande fogo cruzado: de um lado, conflitos na Secretaria de Saúde e do outro, a situação de instabilidade na Universidade. Os opositores na Secretaria de Saúde utilizavam nossos atritos com políticos e funcionários para nos desestabilizar ainda mais na Universidade. Ao mesmo tempo, vivíamos em constante medo de ver nossa ligação com a Pastoral dos Direitos Humanos descoberta. E havia ainda atritos dentro da equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos e as dificuldades e as insatisfações dos alunos. Eram frentes demais de trabalho. Mas se de um lado foi muito pesado, isto nos permitiu ter uma visão e uma prática mais global. Conheci o movimento popular e o Estado. Se tivesse ficado apenas ligado ao movimento popular, o trabalho junto à Igreja e as Comunidades de Base, não teria

conhecido a complexidade da sociedade e nem a multiplicidade de forças existentes. Não teria entendido também, como que o movimento popular não é autônomo nem é a única força de transformação. Uma visão que diferencia um pouco de muitos companheiros de trabalho na educação popular. Esta visão mais ampla da sociedade e conseqüentemente da saúde foi marcante para a prática que tivemos em cada um dos campos de trabalho.

CAPÍTULO <sup>II</sup>  
V  
DOUTOR OU AGENTE PASTORAL ?

A principal motivação da nossa ida para a região do Brejo Paraibano foi a possibilidade de nos integrarmos como profissionais de saúde ao trabalho comunitário que lá se estruturava, há algum tempo, junto à Igreja Católica local. Acreditávamos que a superação da situação de exploração em que se encontrava a sociedade brasileira ocorreria, basicamente, pela atuação das organizações populares que, aos poucos, iam crescendo, principalmente a partir das Comunidades Eclesiais de Base. Naquele tempo de repressão política da ditadura, a Igreja tornou-se em um dos principais espaços de manifestação do movimento popular. Este capítulo trata da história de nossa integração às atividades de educação popular da região, coordenadas pela Igreja Católica.

A região do Brejo Paraibano fazia parte, inicialmente, da Arquidiocese da Paraíba com sede em João Pessoa, mas tinha uma autonomia bem grande. Possuía até um bispo próprio: Dom Marcelo Cavalheira, que residia em Guarabira, a principal cidade da região, onde também morávamos. Posteriormente essa autonomia aumentou ainda mais, tornando-se uma diocese independente, com 22 municípios.

Apesar da grande receptividade que encontramos entre os padres, irmãs e agentes pastorais, tivemos muita dificuldade de nos integrar inicialmente nas atividades de educação popular da Igreja. Todos achavam muito interessante poder contar com uma nutricionista e com um médico, mas não sabiam de que forma poderíamos nos integrar. Para começar havia um grande empecilho: o nosso horário. Devido ao nosso trabalho profissional, só contávamos

com as noites e os fins de semana, ficando assim difícil encaixar no ritmo das atividades do clero.

Já estávamos ficando desanimados quando conhecemos a equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Ela tinha sido criada há pouco tempo e estava em fase de estruturação. Seus seis membros eram leigos como nós: estudantes, funcionários públicos e donas-de-casa e, por isto, ficamos mais à vontade. O Centro de Orientação dos Direitos Humanos de Guarabira foi a nossa porta de entrada no mundo dos movimentos populares e das atividades de educação popular da Igreja.

#### a) UMA NOVA BASE PARA AS ORGANIZAÇÕES POPULARES: AS COMUNIDADES ECLESIAIS

A preocupação maior da Igreja do Brejo era a organização das Comunidades Eclesiais de Base nos vários povoados, bairros, sítios e cidadezinhas. Irmãs, seminaristas, irmãos e alguns padres iam morar nestes locais, buscando conhecer seus moradores e seus grupos e fazendo amizades. Começavam a organizar rezas, cultos, catecismos, novenas, em torno dos quais procuravam estruturar grupos que os assumissem. Os pequenos problemas comunitários iam, aos poucos, entrando nas suas discussões. Alguns grupos se formavam para resolver problemas maiores. Era um trabalho de muita convivência junto à população. A maioria dos agentes pastorais vivia nas mesmas condições materiais em que o povo vivia. Os padres, que eram poucos, assumiam mais uma função de coordenação de áreas, compostas em média por uns três municípios.

Como eram os únicos que podiam celebrar Missa, fazer casamentos e batizados ficavam com o tempo muito tomado. Rodavam continuamente nos municípios, povoados e sítios, onde procuravam apoiar os trabalhos comunitários que surgiam e apaziguar os conflitos. Com este trabalho iam, aos poucos, proliferando pela região pequenos grupos. A maioria deles centrava-se em atividades voltadas para a dimensão religiosa (cultos, catecismo, novenas, festejos, etc.) e na ajuda às pessoas mais sofridas e carentes da comunidade. Um número muito menor começava a se organizar em torno de pequenos problemas coletivos de sua localidade, como a falta de estradas, o mal funcionamento da escola local, a precariedade do poço d'água da comunidade, etc.. Em geral, estas atividades começavam por tentativas de resolver os problemas de forma autônoma, com os próprios recursos materiais e humanos da localidade. Estas tentativas logo esbarravam na falta de condições materiais da população. A partir dessa situação, algumas poucas Comunidades Eclesiais de Base passavam a assumir uma postura mais política: percebiam que as suas carências correspondiam a obrigações do Estado e começavam a lutar pelo atendimento de suas necessidades.

O apoio dos agentes pastorais a este processo de avanço organizativo dos grupos comunitários era limitado, pois eles, em geral, ficavam muito envolvidos com as atividades litúrgicas e com os problemas individuais e nem tinham muita experiência de atuação mais política. Neste contexto, a proposta do Centro de Orientação dos Direitos Humanos era fazer um trabalho de apoio complementar que possibilitasse um avanço destas comunidades de base. Para isto tentávamos orientar e apoiar os casos de desrespeito aos direitos humanos, procurando envolver a comunidade lo-

cal. A maioria destes desrespeitos eram ligados à questão fundiária e à questão trabalhista. Acreditávamos que a luta em torno destes casos, que podiam envolver apenas uma pessoa ou até um grande grupo, era uma estratégia de avanço das Comunidades Eclesiais de Base. Afinal, estes desrespeitos eram basicamente os sintomas mais gritantes da problemática social. As conquistas e as lutas de determinados grupos eram exemplos para os outros.

O saber elaborado nestes enfrentamentos era estratégico para o restante da população e por isto precisava ser divulgado. Assim, um dos objetivos do Centro era a elaboração e a divulgação deste saber de resistência popular. Esta atividade educativa acabou se tornando central, pois devido à falta de um advogado na equipe (tínhamos apenas um estudante de Direito), não podíamos desenvolver mais amplamente as atividades de apoio jurídico. Ao contrário da maioria dos outros Centros de Defesa dos Direitos Humanos do Brasil não prestávamos assistência judiciária, apenas orientávamos.

Se um agricultor chegava ao nosso plantão de sábado, queixando que fora mandado embora da terra onde trabalhava desde pequeno porque o patrão resolvera criar gado em sua fazenda, nós explicávamos os seus direitos de acordo com o Estatuto da Terra e conversávamos sobre as causas da sua situação. Nós o encaminhávamos para o advogado do Sindicato de Trabalhadores Rurais de sua cidade e, caso não houvesse, para a Federação dos Trabalhadores da Agricultura da Paraíba, situada em João Pessoa. Durante a luta jurídica o apoiávamos, ajudando nos contatos com as instituições necessárias, orientando a sua relação com seu advogado, fazendo reuniões em sua comunidade ou até auxiliando em passagens de ônibus para as audiências. Por sinal, o resultado destas

lutas ao nível da Justiça, não foi muito animador. A Justiça brasileira funciona muito mal. A maioria dos nossos assistidos não agüentavam levar o processo até o fim, devido à morosidade e às várias barreiras com que se defrontavam. O apoio jurídico que o movimento sindical e nós conseguíamos prestar era muito limitado. Não conseguíamos suplantar as barreiras da Justiça.

Um caso que me ajudou muito a compreender esta situação foi o do seu Luis. Ele era um agricultor do município de Pilõesinhos, onde eu fui trabalhar como médico do seu Centro de Saúde. Seu Luis morava e trabalhava nas terras de um grande proprietário da região, plantando de tudo. Com dificuldade, todos os anos, pagava a "renda" (o aluguel) ao proprietário, e ia sobrevivendo pois, com o tempo conseguira montar um verdadeiro sítio na "sua" terrinha. Seu sítio tinha de tudo: chiqueiro, galinheiro e um pomar com os mais variados pés de fruta. Mas a sociedade mudou! Com a nova política agrícola do governo, os bancos começaram a fazer empréstimos cheios de facilidades, para que os grandes proprietários transformassem suas terras em empresas agrícolas. O dono da terra onde seu Luis morava e trabalhava resolveu, então, expandir a sua plantação de cana-de-açúcar. Seu Luis e sua família com 6 filhos pequenos foram sumariamente mandados embora da propriedade. Não recebeu nenhuma indenização pelas benfeitorias (construções, plantações, árvores frutíferas) que tinha construído e nem os prazos exigidos pela lei foram respeitados. Seu Luis procurou o Centro de Orientação dos Direitos Humanos, encaminhado pelo padre do município. Por sinal, outros companheiros também tinham sido expulsos, mas ficaram quietos. Segundo suas palavras, eles não queriam criar confusões, como se a confusão já não tivesse sido criada pelo proprietário. Seu Luis

foi orientado e encaminhado para o advogado da Federação dos Trabalhadores da Agricultura na capital do Estado, pois o sindicato do seu município não tinha advogado. O presidente deste sindicato não gostava de criar atritos com os grandes proprietários, pois segundo ele, isto poderia atrapalhá-lo em conseguir benefícios para os outros sócios. O caso se arrastou na Justiça por quase dois anos. Seu Luis só se manteve até o final da luta, porque era persistente e porque o Centro de Orientação dos Direitos Humanos lhe financiava as passagens para João Pessoa e inclusive, lhe fazia alguns "empréstimos" (que nunca retornaram) para que pudesse se manter naquela situação de indefinição. Mas a vitória afinal veio! O caso foi festejado e foi divulgado. Foram feitos folhetos contando sua história em quadrinhos. Nós o levamos a outros municípios para que contasse a sua caminhada. Queríamos com o seu caso, divulgar que era possível resistir, pois havia uma lei e, por pior que fosse a Justiça, ela era uma possibilidade. De fato, com o tempo, foi aumentando o número de agricultores que criavam coragem de enfrentar os proprietários através da Justiça.

Mas o tempo passou e não se ouviu mais falar do Seu Luis. Ele gastou o dinheiro que recebeu da indenização para comprar uma casinha na cidade e continuou a trabalhar na agricultura, mas agora como assalariado. Ganhava por dia de serviço. Trabalhava alguns dias na fazenda do fulano, outros dias ali e outros dias em lugar nenhum, pois nem sempre havia serviço. Sua vida se manteve miserável, pior ainda do que antes, quando tinha o seu sítiozinho com as fruteiras, as galinhas, etc... Como fui médico em Pilõezinhos, conheci de perto a doença de seus filhos. O que mais me chamou a atenção foi ver que seu Luis não



quis mais saber de ajudar nos grupos sindicais e comunitários de Pilõezinhos. Tentou-se organizar uma oposição à diretoria do sindicato e ele nem quis se aproximar. O Centro de Orientação dos Direitos Humanos promoveu várias reuniões e campanhas em Pilõezinhos e ele nunca apareceu. A equipe do Centro ficava "danada" de raiva com ele. Achávamos que, pelo fato dele ter participado de uma grande luta, deveria ter se conscientizado da importância da organização popular. Depois de tanto esforço por parte da nossa equipe, sentíamos no direito de esperar que pessoas como Seu Luis se despertassem para um intenso engajamento político. Esquecíamos que seu Luis continuava amarrado num emaranhado de dependências em relação ao poder econômico e político local. Na sua miséria, ele era extremamente dependente. Não sobreviveria se não conseguisse, a cada dia, um local para trabalhar e para isto precisava estar bem com os "grandes". Sabia que a qualquer hora sua família podia ser vítima de uma doença, um acidente ou alguma outra necessidade não prevista e então só teria esperança de ter acesso aos recursos necessários, se estivesse bem com os "homens". E seu Luis já era marcado pelo fato de ter ousado enfrentar na Justiça o poder econômico. O engajamento político nas lutas populares não era apenas uma questão de ter consciência ou não ter ; era muito mais uma questão de ter condições ou não de romper com os laços de dependência material que lhe eram impostos através da pobreza.

Foi o caso do seu Luis que começou a me despertar para os limites do trabalho de defesa, de forma isolada, dos direitos humanos desrespeitados. Qual era a finalidade da luta jurídica contra a expulsão dos agricultores da terra onde viviam? Para que cada agricultor recebesse sua indenização na Justiça e continuas

se a viver uma vida de assalariado explorado? Para que cada agricultor permanecesse na sua terra pagando a renda ao proprietário e ficando cada vez mais pobre pelos baixos preços dos produtos agrícolas no mercado, devido à concorrência com as grandes empresas agrícolas? Na verdade, nenhuma destas opções eram uma resposta. Mas eram as lutas possíveis. Nossa esperança era que, durante estas lutas se criasse um espaço de reflexão capaz de ir clareando outras soluções possíveis e, ao mesmo tempo, fosse preparado pela organização, os agricultores como uma força política.

Começamos então a investir, cada vez mais, no trabalho de criação e de fortalecimento das organizações populares. As Comunidades Eclesiais de Base, em geral, viviam bastante desintegradas do movimento sindical. Até nos menores municípios havia sindicatos de trabalhadores rurais, mas suas atividades se restringiam a gerenciar a assistência médica fornecida pelo Funrural e cuidar do encaminhamento burocrático dos pedidos de aposentadoria. Aos poucos, os vários agentes pastorais começaram a se preocupar em integrar os dois movimentos. As novas organizações populares, nascidas em cada povoado rural a partir da vivência religiosa, podiam ser uma força de renovação do movimento sindical burocratizado e controlado. Começamos a ser convidados para participar de reuniões nos vários municípios e povoados, pois os agentes pastorais locais sentiam necessidade da presença de pessoas "de fora" para discutir questões mais polêmicas como o problema da falta de terra para plantar.

Um dos locais onde passamos a visitar periodicamente, foi o município de Duas Estradas. Há 10 anos já existia na cidade uma Associação de Trabalhadores da Agricultura. Seu presidente, um velhinho, era muito "zeloso" de sua Associação: não permiti

tia que ela se envolvesse em nenhum conflito com os fazendeiros . Os associados não eram convocados para reuniões, mas se manti - nham filiados para terem direito ao convênio médico do Funrural. Esta situação se mantinha, apesar dos pequenos conflitos envol - vendo os agricultores serem cada vez mais freqüentes.

No município moravam três religiosas que convocaram al - guns agricultores mais animados para uma reunião e nos chamaram a participar. Conversando sobre os problemas agrários da região, ficou claro como era importante a criação de uma organização cam - ponesa com força para enfrentar os constantes problemas. Passa - mos então a fazer reuniões periódicas em Duas Estradas. Aos pou - cos, o grupo se fortaleceu e os seus membros amadureceram. Mas a - quella organização precisava se ampliar! Chegando a época da elei - ção para a Associação dos Trabalhadores da Agricultura, o grupo formou uma chapa de oposição e se candidatou. Após uma eleição muito tumultuada por tentativas de fraude, a chapa de oposição foi vitoriosa. Ficamos animados por pensamos: "vamos ter um sín - dicato realmente brigador, pois agora ele nasceu da base, com a nossa orientação pedagógica". Este otimismo ficou ainda mais for - te quando a nova diretoria, com poucos meses de atuação, conse - guiu que a Associação fosse transformada em sindicato. Mas, aos poucos, fomos vendo que a realidade social tinha muito mais amar - ras ao crescimento das organizações populares, do que apenas a posição "pelega" de alguns presidentes sindicais e as interferên - cias do governo federal em sua administração. Apesar do interesse do novo presidente, o Sindicato dos Trabalhadores da Agricultura de Duas Estradas não teve uma atuação muito diferente dos outros sindicatos. Suas características refletiam o grau de amadureci - mento político dos agricultores da região. O próprio grupo que

participara do processo de criação do sindicato se esvaziou pois, segundo eles, "agora temos uma diretoria para resolver os problemas". O sufoco da vida de cada um daqueles agricultores, cheios de problemas para enfrentar em suas famílias, dificultou muito um envolvimento maior no sindicato. Apesar de todos esses limites, houve um grande avanço da organização camponesa em Duas Estradas. Muitos casos de injustiça, que antes aconteciam impune - mente nas fazendas, passaram a ser denunciados e muitas vezes enfrentados a nível da Justiça. As dificuldades existiam; porém , mensalmente havia uma reunião dos associados onde eram discutidos os problemas mais importantes. E nós, do Centro de Orientação dos Direitos Humanos, íamos aprendendo um pouco mais sobre a classe trabalhadora, que antes idealizávamos tanto.

#### b) "DOUTOR, NÓS PRECISAMOS É DE TERRA PARA PLANTAR E MORAR"

Passamos a atuar integrados em todo o trabalho pastoral e as questões básicas com que trabalhávamos eram a fundiária e a trabalhista. Neste trabalho, o ser médico ou nutricionista parecia pouco importar. Em geral, eu procurava esconder minha profissão de médico quando ia a campo, para evitar que comesçassem os pedidos de consulta improvisada, ou que o respeito ao "doutor" dificultasse o relacionamento. De um lado, isto foi bom porque nos permitiu conhecer, de forma mais geral, a dinâmica da vida camponesa e da organização popular que se iniciava.

Ficamos conhecendo de perto o grande problema camponês: a falta de terra para trabalhar. Até há alguns anos, a maioria dos camponeses também não tinha terra, mas os grandes proprietá-

rios lhe entregavam áreas de suas propriedades para que cultivasse, em troca de um pagamento em dinheiro ou em produtos agrícolas. Principalmente depois da Revolução de 1964 este sistema foi se modificando. Os empréstimos bancários abundantes e a juros baixíssimos incentivavam muitos fazendeiros a transformarem suas propriedades em empresas. A SUDENE contribuiu muito para isto. Muita terra, que antes era entregue aos camponeses, passou a ser transformada em pastagens ou em lavouras mecanizadas, onde a necessidade de mão-de-obra era mínima. A terra se valorizou e muitos proprietários passaram a viver apenas da negociação de suas propriedades. A terra virou artigo de especulação financeira. Não lhes interessava mais entregá-la aos camponeses. Capitalistas de outras regiões começaram a chegar ao Brejo para investir em terras. Neste processo quem "sobrou" foram os camponeses. Começaram a ser expulsos de suas terras. Uma expulsão, que muitas vezes se fazia apenas por pressão moral, mas que em outras vezes se realizava com grandes violências, inclusive com a utilização de pistoleiros. Mesmo as leis feitas pela própria ditadura militar (o Estatuto da Terra) não eram respeitadas. Tudo isso resultava em um contínuo fluxo de camponeses para as periferias das pequenas cidades. Os problemas urbanos se acentuaram, os conflitos pela posse de terra passaram a acontecer também nas cidades e a violência tornou-se coisa do dia-a-dia. Os empresários urbanos e rurais, aproveitando desta situação de excesso de trabalhadores sem emprego, baixaram os salários e ~~(passaram a)~~ não respeitar <sup>VAM</sup> nem os direitos trabalhistas mais elementares. A miséria dominava ! Era esta a causa da maioria dos problemas de saúde da população.

A minha primeira atuação e de Nelsina, dentro da equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos aconteceu em um

bairro periférico de Guarabira que vivia este conflito pela posse da terra urbana. Era em Santo Antônio, uma pequena favela de cerca de 80 casinhas de pau-a-pique, cobertas de palha. Quase todos os seus moradores eram ex-camponeses expulsos de suas terras e que agora viviam de pequenos biscates ou de esmolas. Uma miséria impressionante! Acontece que as terras onde construíram suas casas também tinham donos. Com o crescimento da cidade as terras começaram a valorizar e os moradores de Santo Antônio começaram a sofrer pressões e ameaças para abandoná-las. Mas, ir para onde? Eles estavam já cansados desta peregrinação à procura de um lugar para morar. Eram sempre expulsos. O pessoal ia resistindo. Mas uma noite, os proprietários mudaram de estratégia: sorrateiramente, colocaram fogo na cobertura de palha de uma casa. Seus moradores mal tiveram tempo de fugir levando os filhos. Tudo foi destruído. Em noites diferentes mais 4 casas foram queimadas. Foi quando o Centro de Orientação dos Direitos Humanos foi procurado, pois os moradores estavam apavorados. O bairro não tinha nenhuma organização comunitária. Foram feitas reuniões, criadas comissões para irem nas várias missas da cidade divulgar a situação e procurar a polícia. Foram feitas coletas nas missas para ajudá-los, sendo criado um fundo financeiro do bairro que os moradores passaram a discutir como utilizá-lo. O problema tornou-se conhecido <sup>em todos os lados</sup> ~~público~~. Os moradores continuavam apavorados, pois a polícia não tomava nenhuma providência eficaz. Assim continuamos as reuniões, pensando em aproveitar aquele problema para estruturar uma organização comunitária no bairro. No entanto, os moradores, apesar de apavorados, não se mobilizavam. Tínhamos dificuldades de levá-los a participar das reuniões. Era preciso, antes das reuniões, passar quase que de casa em casa, convocando. Sentia-se no ar u-

ma certa falta de motivação. Parecia que queriam apenas que nós fizéssemos tudo por eles. Talvez vissem em nós mais uma entre muitas outras tantas entidades e membros da Igreja que, de vez em quando, passavam por ali distribuindo esmolas. Quando chegávamos em suas casas, logo começavam a contar problemas pessoais, sugerindo que ajudássemos com alguma assistência. De fato, quando não tinha serviço, uma boa porcentagem daqueles moradores eram mendigos nas ruas de Guarabira. Quando a miséria é demais, a urgência dos pequenos problemas do dia-a-dia é tão grande que há dificuldade de pensar mais a longo prazo! Aquela situação me dava raiva. No fundo, pensava: "um doutor que tinha vindo de Belo Horizonte para ajudá-los e eles nem se mobilizavam"! Com minha impaciência eu pouco conseguia. Foi aí que Nelsina se revelou. Ela não tinha muitas preocupações com objetivos políticos e estratégicos. Pelo fato de ser muito mais afetiva do que eu (sempre fui sério, muito voltado para os meus objetivos) se deixava tocar por aquelas intermináveis situações de sofrimento. Criou amizades e conhecia as pessoas pelo nome. E aquela sua amizade "despretensiosa" acabava encontrando algum novo espaço para as tentativas de organização comunitária recomeçarem.

As reuniões, apesar de meio "empurradas", prosseguiram. Foi visto que a única maneira daquele povo poder dormir sossegado era se as coberturas de suas casas fossem de telha. Um morador sugeriu que se fizesse uma olaria (uma pequena fábrica de telhas) comunitária, com o dinheiro arrecadado na Igreja. Acharmos a idéia genial e com o nosso entusiasmo, o restante do grupo concordou. Um pequeno fazendeiro próximo ofereceu o terreno. O forno e a pequena infra-estrutura da olaria foram construídos rapidamente pelos moradores. O processo de fabricar telhas é simples

e muitos moradores já tinham trabalhado nisto. Mas os problemas logo começaram a surgir, pois manter uma pequena olaria funcionando numa base comunitária não era fácil. A escala de trabalho, muitas vezes, furava porque um morador não aparecia, às vezes, fazendo com que todos os outros que tinham vindo não pudessem trabalhar porque suas tarefas dependiam do faltoso. Havia atritos porque a produtividade de uns era muito maior do que a de outros. E para terminar, a primeira fornada de telhas saiu uma porcaria: a maioria das telhas quebravam à toa, pois havia acontecido alguns problemas técnicos durante a queimagem. A proposta de criar uma olaria comunitária exigia um nível de organização e de união que aquela favela não tinha. E o desânimo e as desavenças acabaram aumentando, a não ser para um pequeno grupo de pessoas que acabou criando uma amizade maior entre si e com a equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Afinal, depois que se passa uma manhã amassando barro com os pés, em conjunto e contando casos, alguma coisa nova surgia entre as pessoas. Nós também entramos na amassação de barro. Foi a nossa presença que fez aquele processo permanecer ainda por algum tempo. Eles não queriam nos desapontar. Talvez pensassem que se o trabalho "comunitário" fracassasse, nós iríamos embora. A presença dos doutores na favela era uma segurança para eles.

Diante daquele fracasso, o que fazer? O problema continuava: mais uma casa tinha sido queimada e as ameaças de despejo se repetiam. Mas no meio de tantas tentativas e tantos fracassos alguma coisa vinha nascendo. Muitas pessoas já conheciam melhor os seus direitos e sentiam que não estavam mais sozinhas. A situação do bairro tinha se tornado um problema político no município; pelo menos promessas do prefeito e vereadores não falta



vam e a polícia já passava por lá à noite, de vez em quando. Nenhuma organização comunitária tinha sido criada, mas um sentimento maior de solidariedade tinha crescido entre os moradores. Mesmo não havendo reuniões e assembléias periódicas, eles conversavam tanto entre si, que muitos problemas e opiniões eram discutidos informalmente.

Foi então que a Associação São Vicente de Paulo conseguiu um dinheiro para comprar telhas para todo mundo. Tentamos discutir com os vicentinos uma maneira de usar aquele dinheiro de uma forma não paternalista e que contribuísse na organização da população. Não houve jeito. Só da notícia da existência do dinheiro espalhar, ninguém quis mais saber de outra coisa. Talvez tenha sido melhor assim, pelo menos aliviou o pavor em que eles viviam. Não era correto também esconder um recurso já obtido para forçar a população a se organizar. Muitas vezes a situação de penúria é tão grande que uma pequena ajuda é fundamental para a sobrevivência do grupo. Na verdade, aquele ato paternalista dos vicentinos, que na época julgamos ser um "crime irremediável", acabou tendo seus pontos positivos. As pressões dos proprietários do terreno continuaram existindo de outras formas, mas os moradores passaram a se sentir mais seguros para resistir. As casinhas que possuíam e que eram o marco da posse do terreno, eram agora algo de valor. Posteriormente outros agentes pastorais começaram a atuar no bairro. Até hoje os moradores de Santo Antônio vão resistindo às pressões para expulsá-los, apesar de não terem fundado nenhuma organização comunitária formal, como achávamos ser o melhor caminho possível.

### c) O LUGAR DO INTELLECTUAL NO MOVIMENTO POPULAR

Participamos de várias experiências como esta do bairro Santo Antônio, em que no meio dos fracassos e das cabeçadas, algo positivo ia sendo construído. Os participantes aprendiam, articulavam-se um pouco mais e conseguiam algumas conquistas. Mas estas positivities sempre se construíam através de caminhos surpreendentemente diferentes do que esperávamos. Aos poucos íamos conhecendo mais a classe trabalhadora, tão idealizada nas leituras e discussões teóricas que tínhamos tido no tempo de estudante.

Este nosso engajamento como agentes pastorais, se de um lado nos fez perder a especificidade de profissionais de saúde por algum tempo, de outro lado nos permitiu conhecer muito de perto o problema mais essencial daquela população. Era tão essencial que quase todos os problemas de saúde da população e as políticas de saúde do Estado onde trabalhávamos estavam marcados por ele. Isto foi muito educativo para nós dois. Uma coisa é saber destas coisas teórica e genericamente, outra coisa é vivenciá-las a cada momento e sob as mais diferentes facetas.

Lembro-me muito de uma visita que fizemos a uma senhora com 4 filhos, no bairro Santo Antônio. Ficamos surpresos em saber que o seu companheiro tinha mais duas outras mulheres. Cada noite ficava em uma casa. E todas as mulheres sabiam da situação. Procuramos entendê-la melhor. Conversando, descobrimos que seu primeiro marido, pai de 3 das crianças, ao ser expulso da terra onde morava e trabalhava, fora para São Paulo procurar emprego e nunca mais mandara notícias. Ela, morando em uma casinha de periferia de Guarabira, ficou desesperada. Tentou conseguir em -

prego, mas não tinha ninguém com quem deixar os filhos. Passou a pedir esmolas, mas o que obtinha era insuficiente para sustentar a família. Um dos filhos morreu de gastroenterite. Ela perdeu o controle e ficou doida. Foi internada, por meses, em um hospital psiquiátrico de João Pessoa. Os filhos foram divididos entre os vizinhos. Quando saiu do hospital, conheceu o atual companheiro e, graças a ele, a família pode se reunir novamente. Agora moravam em uma casinha pobre, mas pelo menos tinham a alimentação essencial. Nelsina começou a perguntar sobre o seu relacionamento. Ela nos contou que não podia sair de casa para nada, pois senão seu companheiro criava caso. Não podia ter amizade com nenhum vizinho. À medida que falava, começou a deixar manifestar alguma agressividade contra ele. Foi aí que vimos o mais surpreendente: seus filhos mais velhos começaram a chamar atenção da mãe. <sup>aos ouvidos do</sup> Ti - nham medo que a agressividade expressa pudesse chegar até o atual padrasto. E no fundo talvez gostassem daquele "benfeitor". O pior é que este benfeitor era apenas um simples funcionário da prefeitura, com certeza ganhando um salário baixíssimo. Imaginem o que sobrava do seu salário na divisão com as 3 famílias. Uma miséria de dinheiro mantinha aquela pequena família totalmente escravizada.

Casos como este, que via em minhas andanças de agente pastoral, aconteciam também entre os meus pacientes. Mas no Centro de Saúde, dentro do consultório, a realidade em geral não se apresentava tão nítida e tão colorida.

A Igreja Católica, com seus trabalhos pastorais, foi para mim uma grande porta de entrada para conhecer esta realidade. Interessante como o fato de ser médico ajudou a ser bem recebido nos vários locais onde ia. Sentia uma grande simpatia por

parte dos agentes pastorais e líderes comunitários. E isto não era para todo mundo não, pois dentro da Igreja existem muitos conflitos internos. A figura do médico ainda tem uma força mítica.

A equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos tinha, pois, um campo muito amplo de atuação, mas os nossos próprios limites eram muito grandes. No fundo, éramos um grupo de estudantes e funcionários públicos de classe média orientando agricultores em questões que envolviam um conhecimento político, jurídico e institucional complexo que não dominávamos. Além disso tínhamos pouca experiência em educação popular. Só com o tempo fomos amadurecendo a nossa forma de encaminhar o nosso trabalho junto à população. O nosso tempo também era muito curto: todos os membros só dispunham do fim de semana e das noites para esta atuação pastoral. Nelsina e eu tínhamos ainda que fazer tudo isto no sigilo. Tínhamos certeza que, se os políticos da região soubessem do nosso envolvimento, não nos deixariam continuar na Secretaria de Saúde.

Havia ainda os problemas internos do grupo. Os conflitos eram o nosso dia-a-dia. No nosso grupo, como em amplos setores da Igreja, havia uma predominância de pessoas que tinham uma relação compulsiva com o trabalho. O trabalho e seus frutos assumiam um significado muito forte em nossas vidas. Cada um era muito exigente consigo mesmo e, por isto, se sentia no direito de cobrar muito dos outros. As amizades tendiam a serem consideradas importantes enquanto fossem importantes para o trabalho. Atrás desta forma de comportar existia uma grande necessidade inconsciente de afirmação e de reconhecimento. Tudo isto criava um clima tenso no grupo. Precisávamos sempre fazer reuniões de avaliação que acabavam servindo como terapia. Através do enfren-

tamento destes conflitos, os vários membros iam amadurecendo e o grupo ia se mantendo.

Com todos os limites, o Centro foi crescendo. Conseguimos uma ajuda financeira de uma entidade <sup>3</sup>cristã européia. Estes financiamentos externos são muito comuns dentro da Igreja. Com os novos recursos pudemos contratar uma advogada e um ex-líder camponês para trabalhar em tempo integral e compramos um carro velho. Passamos a ter dinheiro para ajudar as despesas de ônibus e de alimentação dos agricultores que vinham para os encontros que realizávamos nos fins de semana.

Nosso maior feito foi a criação da C.P.T. (Comissão Pastoral da Terra). Periodicamente fazíamos reuniões em fins de semana com agricultores dos vários municípios da diocese. Eram reuniões convocadas e coordenadas por nós. Com o tempo fomos vendo que não havia necessidade daquelas reuniões com os agricultores continuarem subordinadas ao Centro. A questão foi discutida e decidiu-se que seria formada uma comissão de agricultores, composta de representantes de cada município, eleitos entre os participantes. Ela passaria a coordenar e avaliar as atividades pastorais ligadas à questão agrária de toda a diocese. A Comissão foi formada e logo se tornou autônoma. Este processo foi mais rápido do que previmos. Já nos primeiros meses, a Comissão Pastoral da Terra começou a tomar iniciativas divergentes daquilo que considerávamos correto. Fomos protestar e acabamos sendo convidados a nos afastar parcialmente. Mas eles sabiam o que faziam. Os movimentos de agricultores se dinamizaram e foram promovidas várias atividades que tiveram grande repercussão: comemoração única do dia dos trabalhadores, campanha de abaixo-assinado contra a política da Previdência Rural (Funrural), semana sindical, apoio às

lutas locais contra a expulsão de agricultores de suas terras , etc.. Foi conseguida uma grande integração com o movimento sindical.

Com todos os nossos limites acabamos tendo uma contribuição significativa. Mesmo que tivéssemos idéias pouco claras da realidade, a nossa presença servia para aglutinar inicialmente os agricultores e iniciar um processo de reflexão em conjunto. Mesmo com a nossa pouca vivência nas questões aí debatidas. Nós representávamos uma ponte com o saber acadêmico, pois a partir das dúvidas levantadas nós pesquisávamos nos livros e conversávamos com especialistas. Trazíamos informações sobre leis, articulávamos a vinda de pessoas com experiência em determinado problema, preparávamos material de divulgação, etc.. E ainda éramos os motoristas que transportavam os agricultores e os ajudávamos no trabalho burocrático. Aos poucos fomos descobrindo o nosso lugar junto aos movimentos populares.

#### d) A SAÚDE CONQUISTA O SEU ESPAÇO

Neste contexto, fomos assumindo funções em que a nossa característica de profissionais de saúde não importava muito. Como as questões ligadas à exploração econômica eram prioritárias e urgentes, acabamos não nos preocupando muito com isto. Porém , e, 1980, recebemos um convite para participar do II Encontro Nacional de Medicina Comunitária em Olinda, Pernambuco. Representantes de experiências de saúde comunitária de quase todos os Estados brasileiros estavam presentes, com suas formas mais diversas de trabalhar a questão saúde. Vi então que os problemas de

saúde também eram uma importante forma de organização popular.

Nelsina, eu e mais três paraibanas que tinham participado deste Encontro, voltamos entusiasmados e começamos a procurar conhecer outras pessoas que trabalhavam a questão saúde, a nível popular na Paraíba. Fomos descobrindo uma nova realidade que até então não tínhamos reparado, apesar de muito próxima. A população, na sua pobreza e carência, desenvolvia formas complexas e elaboradas de enfrentamento das suas necessidades. E na medida em que as questões de saúde e doença eram fundamentais nesta luta de sobrevivência, a população tinha criado uma série de estratégias individuais e coletivas, carregadas de um saber refinado em saúde e de um grande nível de articulação social.

Aos poucos fomos conhecendo pessoas que, pelo seu maior engajamento com estas práticas populares de saúde, puderam ir nos mostrando esta realidade. Fomos vendo como nas várias comunidades havia uma rede de solidariedade entre os moradores, na qual alguns indivíduos assumiam um papel-chave: era uma parteira, um vicentino (membro da Associação São Vicente de Paulo), um membro da Comunidade Eclesial de Base ou uma mãe de família que diante dos casos de doença entravam em contato com os familiares, identificavam os problemas existentes, ajudavam individualmente no que podiam e depois articulavam com o restante da comunidade para conseguir outros recursos.

Toda esta rede de solidariedade e de estratégias de sobrevivência, ao mesmo tempo que era muito rica, era também muito limitada. O sufoco do dia-a-dia e a carência de recursos não permitiam o aperfeiçoamento deste tipo de prática. Muitas vezes a forma como eram encaminhadas, ao invés de ajudar no fortalecimento da autonomia das pessoas e dos grupos comunitários, acabavam

por criar dependências e impedir o avanço daquele saber de resistência, que volta e meia estava impregnado de ideologia da classe dominante. Começamos então a promover encontros para que estas "lideranças" desta prática popular de saúde pudessem trocar experiências e discutir as raízes dos problemas com que lidavam. Tivemos boa receptividade, apesar da organização dos encontros refletirem muito a nossa pouca compreensão do processo que apoiávamos.

Conseguimos organizar estes encontros em várias outras regiões do Estado da Paraíba. Foram feitos encontros estaduais, onde eram eleitos os membros da Coordenação Estadual. Os Encontros Nacionais de Experiência de Medicina Comunitária continuaram ocorrendo quase que anualmente e eram uma importante oportunidade destes agentes populares de saúde passarem a enxergar os problemas de suas localidades, dentro de uma perspectiva nacional. Mais tarde, conseguimos um financiamento de uma entidade cristã européia (MISEREOR) que permitiu ampliar nossa atuação. Tínhamos dinheiro para fazer encontros mais freqüentes e para criar um intercâmbio de material educativo. Assim, muitos participantes foram reformulando sua prática de saúde e aprendendo a se organizar. Posteriormente, quando começamos a fazer o programa radiofônico "A Hora da Saúde" (assunto de outro capítulo), o aprendizado e a rede de contatos que criamos neste trabalho foi fundamental.

Na medida em que o movimento de saúde se estruturava, foi possível começarmos a enfrentar problemas de saúde que atingiam áreas maiores do que apenas uma localidade rural ou um bairro. A maior luta que tivemos foi a mobilização em torno do mau atendimento do posto médico do INAMPS de Guarabira, responsável



pelo atendimento de trabalhadores assalariados de vários municípios. Neste posto, a cada dia da semana, um médico dava um plantão e atendia cerca de 150 pacientes. Era um massacre, tanto para os médicos como para os pacientes, pois o atendimento era péssimo e os médicos ficavam cansadíssimos.

Em 1981 o tema da Campanha da Fraternidade (atividade pastoral para preparar para a festa da Páscoa) foi Saúde para Todos. Cada comunidade de base, cada grupo de jovens e cada um dos vários movimentos leigos discutiram os problemas de saúde de sua comunidade. Foi uma Campanha da Fraternidade que despertou muito interesse. Em Guarabira o problema do mau atendimento do Posto do INAMPS foi um dos assuntos mais discutidos.

O Centro de Orientação dos Direitos Humanos resolveu apoiar a mobilização em torno deste problema. Juntamente com o Conselho de representantes das várias comunidades, organizamos um questionário que foi aplicado a centenas de moradores dos baírros periféricos. O questionário perguntava o que achavam do posto do INAMPS e sobre a maneira de encaminhar uma luta pela sua transformação. Ele foi utilizado como uma estratégia de reacender a discussão sobre o assunto, mobilizar pessoas interessadas em tomar a frente do movimento e buscar novas alternativas de luta. Em seguida fizemos um grande encontro das pessoas que tinham participado da pesquisa nos bairros, em uma casa de retiros da Igreja. Discutimos as opiniões colhidas e as propostas levantadas. Resolvemos fazer um grande abaixo-assinado a ser entregue ao diretor do Posto. O abaixo-assinado teve milhares de assinaturas. Foi uma grande mobilização! Uma comissão de representantes das várias comunidades foi entregar o abaixo-assinado. A imprensa compareceu ao ato e o divulgou. O diretor recebeu o abaixo-as

sinado, prometeu encaminhá-lo aos setores competentes, mas nunca se teve nenhuma resposta. Tudo continuou como antes. Com certeza o abaixo-assinado se encontra até hoje em alguma gaveta. Os animadores de comunidade que tinham tomado a frente do movimento se frustraram com a falta de resposta. Em parte, não viam como fazer para mudar a situação e nem tinham muito mais energia para reanimarem, pois já viviam sobrecarregados com uma série de outras tarefas que tinham encaminhado nas suas comunidades: novena disto, festa daquilo, divergências com o fulano e reuniões.

A campanha pela melhoria do posto do INAMPS tinha sido feita dentro do que havia de melhor no padrão de luta desenvolvida na experiência de organização comunitária da Igreja do Brejo. Tínhamos partido de um problema levantado pela própria população, as estratégias de encaminhamento tinham sido decididas com ampla participação popular, os vários passos foram implementados e comandados pelas organizações já estruturadas que tinham, inclusive, articulado com a imprensa para divulgar o movimento. Então, qual era a causa daquele fracasso? Os grupos comunitários que tomaram a frente tinham se desanimado, e nenhuma conquista tinha sido obtida. Era uma pergunta importante já que muitas outras lutas semelhantes tinham falhado também, principalmente quando reivindicavam coisas de maior dimensão e quando a instituição a quem se dirigiam era distante ou impessoal. No entanto, as reivindicações que podiam ser atendidas pelos <sup>+</sup>prefeitos ou chefes locais de instituições, muitas vezes tinham sucesso. Isto é um problema sério, pois cada vez os serviços públicos ficam mais dependentes de uma administração complexa e distante. Sinto que este fracasso refletia, em parte, um limite da estratégia de luta que adotávamos na região. Os conflitos sociais que ocorriam ti -

nham criado uma polarização, uma separação entre os movimentos populares e as outras entidades civis da sociedade. A própria maneira de pensar que predominava nos grupos populares mais organizados era de que a transformação social aconteceria pela luta apenas da classe trabalhadora. Não se pensava na possibilidade de uma ação conjunta com setores de classe média, partidos políticos (a não ser em se tratando de um partido só de trabalhadores) e outras associações. O problema do INAMPS, por exemplo, afetava quase toda a sociedade do Brejo. Não seria difícil conseguir apoio de prefeitos, Câmaras de Vereadores, deputados, Rotary Club e médicos da região. Diante do gigantismo e da complexidade de uma instituição como o INAMPS, um abaixo-assinado, vindo de uma cidade do interior, pouco significava para um superintendente estadual ou um presidente nacional do INAMPS. Era preciso mobilizar também outras forças sociais. Para mim fica cada vez mais claro que a construção de uma sociedade mais adequada aos trabalhadores só será possível se as forças políticas populares souberem negociar com as outras forças políticas. Mas naquele tempo nem nos passou pela cabeça a idéia de articular com outros setores da sociedade. Mas se a idéia se manifestasse seria rebatida, provavelmente. E o fato de Nelsina e eu termos que esconder nossa ligação com o movimento popular, tornava impossível a nossa participação numa articulação deste tipo. Era um reflexo do ambiente de tensão social existente.

Estas pequenas lutas que passamos a acompanhar, mais voltadas para a questão da saúde, não tocavam tão diretamente no problema básico da população daquela região (a falta de terra e o aprofundamento da maneira capitalista de organizar a vida econômica) como as outras lutas levadas pelo Centro de Orientação dos

Direitos Humanos. Mas como a saúde é basicamente decorrente das condições de vida da população e, portanto, da maneira como as riquezas são produzidas e repartidas, elas acabavam por refletir a mesma problemática. Era uma maneira nova de abordar o problema. Isto, em termos educativos era importante; estávamos ajudando a mostrar como a estrutura econômica que se implantava na região repercutia em todas as dimensões da vida. Por isto é que acho ter sido importante termos descoberto estas formas de atuação mais ligadas à questão da saúde. Outros agentes pastorais, sem uma formação profissional específica, não tinham condições de desenvolver esta dimensão.

#### e) DO BLOCO DAS VIRGENS À ASSOCIAÇÃO DE BAIRRO

Quando cheguei a Guarabira fui morar em um lugar mais simples: o bairro do Juá. Era um bairro de pequenos empregados do comércio, pequenos comerciantes e funcionários públicos menos graduados. Nesta escolha muito influenciou uma postura comum naquele tempo, na Igreja: a opção de pobreza. As pessoas vindas das classes dominantes tinham que fazer uma grande conversão interior para se salvarem ou para, de fato, ajudarem os pobres no seu processo de libertação. Tinham que abandonar seus costumes burgueses de vida e se identificar com os pobres. Para isto, na da melhor do que viver como eles. O viver a pobreza, era uma forma de conversão profunda à causa dos pobres. Esta visão foi, e ainda é, muito forte dentro da Igreja progressista. Atualmente vejo que não há necessidade de se abandonar os costumes de classe média para uma pessoa se afinar a uma proposta política. Até

mesmo porque estes costumes e esta cultura têm, inclusive, muito o que questionar positivamente os costumes e a cultura das classes populares. Além do mais, este querer passar por pobre acaba criando uma falsa igualdade entre o agente pastoral e a população que termina escondendo as reais diferenças existentes. Estas diferenças continuam existindo e interferindo no relacionamento, mas não podem ser discutidas claramente. Apesar de hoje não concordar com a necessidade desta opção pessoal <sup>de</sup> para a pobreza, acho que foi muito bom ter tido esta experiência de morar, por 4 anos, no bairro do Juá.

O Juá não tinha nenhuma organização comunitária mais sólida. Um dos principais objetivos nossos, ao ir morar lá, era implementá-la. Mas logo nos frustramos. Era difícil nos aproximarmos dos chefes de família. O bairro parecia ser um "saco de intrigas" e rivalidades". Ficávamos impressionados como era comum famílias com um status social um pouquinho maior marginalizarem outras. Pequenos problemas de comportamento eram justificativas para a marginalização de outras pessoas. Era como se quisessem dizer: "eu não sou tão lascado como o fulano. Sou pobre, mas sou honrado". Talvez fosse uma tentativa de escapular da grande marginalização que a classe média e a burguesia das ci~~da~~des do interior fazem para com os pobres. Uma tentativa que não passa pela luta contra esta marginalização. Apenas algumas pessoas tentam se colocar do outro lado do muro.

Diante disto, diminuimos nossa expectativa para com o bairro e passamos a nos dedicar mais ao trabalho no Centro de Orientação dos Direitos Humanos e ao trabalho profissional.

Eu gosto muito de crianças. Descobri que elas tinham uma viva curiosidade com as minhas coisas e meu modo de viver. Era

só deixar a porta da frente de minha casa aberta que ela logo se enchia de crianças de todas as idades. Crianças pequenas para a idade e muitas delas de "bucho (barriga) inchado". Eram os sinais de desnutrição. Gostava daquela movimentação em minha casa. As brincadeiras que faziam ajudavam a desanuviar o cansaço e a tensão do trabalho profissional. Às vezes tinha até 20 crianças em casa. Elas remexiam os meus pertences. Cada objeto era novidade, mas nunca levaram nada. A nossa amizade ia crescendo. E através delas comecei a ter acesso aos pais. Andar pelo Juá era a coisa mais gostosa: a cada instante uma criança gritava o nosso nome e sorria. E assim, aos poucos, fomos criando amizade com muitas famílias. Passei a ser para eles algo mais do que o doutor.

As festas de São João foram chegando. No Nordeste elas são muito importantes. Não é só o dia de São João que é comemorado; o mesmo acontece em dias de São Pedro, Santana e véspera do dia de São João. O pessoal começou a me contar como, antes o São João era animado no bairro, até que a migração para o sul se intensificou e levou um grande número de moradores mais animados. Eu me interessava muito pelas histórias dos festejos. Alguns moradores notaram e disseram: "o Doutor gosta disso, hem? Vamos fazer uma festinha para ele ver?" E a idéia vingou. Começamos a ensaiar a quadrilha, que no início tinha poucas pessoas. Mas a minha presença e a de Nelsina nos ensaios da quadrilha lhe davam um "ar de respeito" e assim muitos pais permitiram que suas filhas participassem. E aonde há meninas, há rapazes. Muitos casais mais velhos participaram também. Eram gostosos os ensaios. Havia muito bate-papo. Mas, volta e meia, surgiam pequenas intrigas, querendo criar divisões. Foram feitas algumas tentativas de marginalizar os mais pobrezinhos e desajeitados. Mas a presença

dos "doutores" tornavam isto secundário. Foi a primeira vez que percebi que ser doutor e ter um status mais elevado, podia ser um fator de aglutinação.

A quadrilha saiu ótima! Talvez tenha sido um pouquinho séria demais para o nosso gosto. Pessoalmente eu tentava fazê-la com mais brincadeiras, mesmo que isto quebrasse alguma regra da quadrilha. Mas o pessoal resistia. Depois é que descobri o porquê: eles organizaram a festa pensando no resto da cidade. Não queriam que a sua festa confirmasse a imagem que a cidade já fazia do bairro: pobre, decadente e desorganizado. E conseguiram; por muito tempo se falou dos comentários ouvidos em outros lugares, da animação e da organização da quadrilha e da festa de São João do Juá.

E o carnaval foi chegando. Guarabira tinha um carnaval pouco animado. Havia apenas as festas do Clube para os mais abastados e alguns foliões esporádicos que ainda anivavam a se fantasiar e sair pelas ruas da cidade. O que mais se via era muita bebedeira. Em nosso bairro morava um destes poucos foliões de rua: o seu Chiquinho. Era um sério motorista de uma grande loja de móveis e eletrodomésticos, além de um pai de família exemplar. Mas no Carnaval, que ninguém contasse com ele! Vestia-se e se maquiava de mulher e passava os 4 dias dançando e bebendo pelas ruas de Guarabira. Como ele era vizinho e o proprietário da casa que eu alugara, conversávamos muito. Nos bate-papos sobre o carnaval fui descobrindo que eu também tinha um "desejo secreto" de me fantasiar de mulher no carnaval. Mas como não era muito fanático, só teria coragem de sair em um grande bloco. Começamos então a tentar seduzir outras virgens potenciais para o nosso bloco. Trabalho difícil! Nem a animação do doutor conseguiu dobrar

muitos machos paraibanos. No dia marcado pouca gente estava animada, mas mesmo assim começamos a nos fantasiar. Nelsina se fantasiou de homem. E na preparação a coisa foi se animando. Apareceu uma turma com tambores e tamborins. Os machos foram se deixando seduzir. Quando Nelsina viu, estava com uma fila de homens para maquiar e ajeitar a roupa. A criançada apareceu tocando suas latinhas, meladas de talco e baton. E lá se foi o bloco das virgens do Juá, desfilando pelas ruas de Guarabira. O Juá começava a ser conhecido pela animação. Como em todos estes acontecimentos nós tirávamos fotografias em slides, que periodicamente passávamos nas ruas, os comentários perduravam por muito tempo.

Uma história parecida aconteceu no Natal, quando se organizou um Pastoril e um presépio na praça do bairro. Quem tomou a frente do Pastoril foi a Nelsina.

Passamos a notar que estas festas davam aos moradores do Juá um sentimento de orgulho e identidade. E foi se criando um núcleo de pessoas que começaram a assumir as atividades organizativas. Começamos a ver a nossa participação nestes acontecimentos não mais apenas pela farra, mas com um objetivo de organização comunitária.

Os anos foram passando. As festas iam se repetindo, e cada vez mais a nossa participação tinha uma menor importância. A organização e a união do bairro crescia. Quando falo de união e organização do bairro, não me estou referindo a todos os moradores; existem algumas famílias ou pessoas do bairro que participam mais e formam uma rede de relações bastante forte. Existe um outro grupo maior que participa esporadicamente, mas que está sempre por dentro das atividades e discussões. A maior parte dos moradores apenas observa de longe. E ainda existem os que se portam como



"aristocratas da pobreza" que torcem o nariz.

Mas uma coisa radicalizou este processo: o carnaval no segundo ano de nossa permanência. A Rádio Cultura de Guarabira tinha sido inaugurada há pouco e representou uma grande dinamização da vida cultural da região. Em 1980 houve um grande incentivo ao carnaval. Foi criado um concurso de blocos e escolas de samba. O Juá já não admitia ficar de fora. A idéia de formar um grande bloco ganhou vida. Um grupo tomou a frente. Conseguiram uma verba da prefeitura para ajudar nas despesas. Foi um rebuliço. Cada um queria vestir de uma determinada fantasia e não admitia outra. Como ajuntar todas aquelas vontades em um bloco coerente? Formar um bloco exige um mínimo de ordem e obediência a uma idéia básica e isto as pessoas ainda não tinham compreendido ainda. Nelsina e eu tivemos uma idéia que se adaptou a esta fase um tanto anárquica do bairro. Bolamos um tema **"as fases da vida"**. Nele coube <sup>nessas</sup> todas as vontades. Os mais organizados se fantasiaram de modo a ocupar os espaços vagos. Atrás das tradicionais meninas de maiô e porta-estandarte ia um par de marmanjos fantasiados de casal de noivos assanhados. Depois eu vinha vestido de mulher gestante, seguido de uma turma de barbudos de fraldas e chupetas. Era a primeira ala: o **início da vida**. Em seguida vinha o **mundo das crianças**. Elas tinham liberdade de vestir os seus sonhos: jogadores do Flamengo (êta Flamengo querido neste Nordeste), super-homens, fadas, pequenos animais, Emília, etc.. Vinha, então, o **mundo dos adultos** com seus reis, rainhas, cangaceiros, prostitutas, médicos, agricultores, mendigos, Charles Chaplin, latifundiários, etc.. Para finalizar, o **fim da vida** com doentes enfaixados e até um defunto carregado numa rede, como <sup>é</sup> costume no Nordeste. Tudo ao som do frevo de uma pequena orquestra con-

seguida pelo prefeito. Algumas fantasias criticavam alguns fatos locais. ~~Em frente ao paranque da comissão julgadora, quando um repórter da Rádio Cultura veio me entrevistar tive um "xilique" e ameacei entrar em trabalho de parto. O médico, fantasiado de Doutor Saúde (o meu nome no programa de Rádio que fazíamos semanalmente) veio do "mundo dos adultos" me socorrer, mas de uma maneira meio "sem vergonha". Tive que sair com tapas para vingar o atrevimento do Doutor Saúde.~~

Foi tudo uma grande comédia, com mais de 100 moradores participando, discutindo e criando laços de amizade. Foi um grande sucesso que fortificou a identidade do bairro e o orgulho de ser do Juá.

No outro ano, um novo sucesso. O tema foi a Arca de Noé. A ala do Paraíso Celeste, com bichinhos (as crianças), o Adão e a Eva (eu e Nelsina), as borboletas, a serpente e a macieira. Depois o mundo corrompido, com os pecados atuais representados em fantasia (luxo dos reis, os mendigos e escravos, os pistoleiros atirando nos índios e camponeses, etc.. Enfim a Arca de Noé (montada em torno de um jipe velho rodeada do Noé e os seus bichos. Atrás da banda do frevo, a faixa: Será que o mundo de hoje precisa de um outro dilúvio?

Esse forte acontecimento foi um grande processo de terapia coletiva. Intrigas, posturas autoritárias, interferências de políticos interessados em aparecer, exibicionismos, interesses econômicos, limitações de recursos devido à pobreza dos participantes e toda a sorte de problemas de relacionamento surgiram na organização do bloco, mas foram discutidos e superados coletivamente. Em vários momentos parecia que tudo ia ruir e que a crise era maior do que a capacidade de organização do bairro. Era

o dono do jipe exigindo que o seu nome fosse escrito na Arca de Noé... A fulana, que se achava a mais bonita do bairro, exigindo ser a rainha... Um cabo eleitoral de um político, que dera uma a juda financeira, exigindo que o nome do político fosse escrito na Arca de Noé... Os atritos entre os que queriam apenas coordenar e os que trabalhavam fazendo as fantasias... A divergência entre os desejos individuais e o projeto do bairro... Todos esses problemas eram discutidos calorosamente. Mas, no fim de tudo, os aplausos no desfile e o troféu obtido a dizerem: "Todo este esforço valeu a pena. A força que vocês têm quando unidos é maior do que as intrigas, as inimizades e a marginalização da sociedade".

Neste processo, a idéia de criação de uma associação de moradores, que anteriormente já tinha sido levantada sem nenhuma repercussão, começou a voltar à tona e ganhar força. Houve um período em que passamos várias semanas fora de Guarabira para fazer um curso de especialização em saúde pública, em João Pessoa. Neste período de ausência, a organização em torno da associação cresceu muito. Interessante como o processo que iniciara muito dependente de nós, de repente parecia esperar a nossa ausência para avançar! Acho que no fundo eles discordavam de algumas idéi as nossas e ficavam constrangidos de nos enfrentar. Nossa palavra tinha muito peso. Neste momento, ajudaram muito as nossas au sências periódicas e o nosso progressivo envolvimento com outras frentes de trabalho, que não nos permitia lutar demais por nossas idéias, nem cobrar um ritmo de atividade segundo nossas expectativas. Assim nasceu a **Associação dos Bons Amigos do Bairro do Juá**.

Desde o início lutamos muito contra uma tendência que

era muito forte: a centralização das decisões e das atividades nas mãos de um ou dois membros da diretoria. Achávamos que a Associação teria um real avanço em termos de organização popular, se cada decisão fosse sempre tomada em conjunto e sua implementação fosse tarefa de todos os associados. Como era difícil! No início achava que esta tendência de centralização significava mais uma assimilação da forma autoritária em que o restante da sociedade estava organizado, mas aos poucos vi que nela existia também um pouco de realismo. A Associação precisa de resultados concretos e para isto necessita de ser versátil e ágil. Acontece que, por falta de uma tradição de participação, as decisões e as tarefas realizadas de modo amplamente democrático tornavam-se lentas e, às vezes, pouco eficazes. Por isto, uma certa centralização das decisões e da execução de certas tarefas podia ser importante. Nisto eles tinham razão. Mas era também necessário buscar, sempre, abrir ao máximo a discussão das decisões e a realização das tarefas. E isto não ocorreu. Três anos após eu ter saído de Guarabira a Associação dos Bons Amigos do Bairro do Juá quase que está reduzida a um presidente e um outro membro da diretoria. Não existem mais reuniões amplas e muito menos assembleias. A atual prefeitura do PMDB parece incentivar isto. Dizem que ela vai lançar o atual presidente da Associação como candidato a vereador nas próximas eleições e quer já ir promovendo o seu nome. Para ela é mais fácil atuar em um bairro em que a Associação de moradores se centraliza em uma pessoa, pois assim ela pode criar um jogo de favorecimentos e promoções deste líder em troca de seu apoio. No carnaval de 1985 o tema do desfile da escola de samba do Juá e da letra da música por ela cantada foram as proezas do seu atual presidente, que por sinal também se chama Figueiredo.

Espero que isto seja apenas uma fase passageira, mas sem dúvida, corresponde a um problema da maioria das associações de moradores que conheci. A complexidade dos problemas enfrentados exigem decisões e ações também complexas, que por falta de uma maior experiência de participação e por falta de condições de um maior envolvimento dos vários membros da Associação, tendem a se centralizar em um líder cada vez mais conhecedor do assunto e, portanto, mais distante da média dos moradores. Ao mesmo tempo, as vantagens pessoais materiais e simbólicas preparadas pelos grupos políticos para esta liderança, incentivam ainda mais esta centralização. De modo algum este é um problema devido à corrupção individual das lideranças. É uma dificuldade estrutural da democracia.

#### f) A OPORTUNIDADE DE VER O MUNDO ATRAVÉS DOS OLHOS DOS PEQUENOS

Ter ido trabalhar em um local onde já existia uma instituição integrada à rede de organizações populares (a Igreja), foi fundamental. Através dela tive a oportunidade de me aproximar do dia-a-dia da vida dos trabalhadores e me entrosar com os seus interesses e com suas visões do mundo. Nesta convivência aprendi uma nova maneira de ver a realidade: por baixo. E como as coisas mudam a partir daí! Visitando os sítios e as comunidades percebi os furos e os limites das ações que eu e Nelsina ajudávamos a planejar na Secretaria de Saúde. Por isto, nossas idéias e nossas propostas eram muitas vezes diferentes das de nossos colegas sanitaristas. Eu tinha também a oportunidade de discutir nos grupos populares os problemas que enfrentava no consultório e as

atitudes médicas lá tomadas. Esta possibilidade de estar com um pé no meio popular e o outro pé no meio institucional e poder as sim confrontar as realidades existentes em ambos, foi o ponto básico no nosso processo de aprendizado e de trabalho.

Ser um agente pastoral significou, para mim, freqüentar uma grande escola de educação popular. Em 1983, quando viemos cursar o Mestrado em Educação da UFMG, surpreendi-me como Nelsina e eu, apesar de nunca termos feito nenhum estudo mais sistemático em ciências sociais, tínhamos facilidade de participar nos debates. Todo aquele processo de luta e de trabalho pelo qual passamos representara um aprendizado muito maior do que éramos capazes de imaginar naquele tempo. Na verdade participamos da gestação de um projeto político e pedagógico, com uma grande dose de novidade. Uma gestação acontecida simultaneamente em múltiplos pequenos interiores deste Brasil.

O aprendizado que eu fiz neste processo foi parecido com o que os vários membros da Igreja fizeram. Esta Igreja das comunidades de base, da teologia da libertação não surgiu pronta e de forma súbita na história brasileira; ela foi se formando no seu contato com a realidade social. Talvez a Igreja tenha tido este papel tão importante e esta transformação interna tão grande porque era uma instituição que sempre teve muitos de seus setores próximos ao dia-a-dia da população. Esta proximidade lhe permitiu sentir, refletir e incorporar uma mudança social que ocorria, de modo cada vez mais forte, no Brasil.

O capitalismo, na medida em que ia ocupando de forma mais intensa todos os espaços da economia e na medida em que se transformava internamente, foi modificando a maneira das pessoas viverem. Novas formas de resistência popular foram surgindo e

se intensificando. Convivendo com este processo de mudança, a Igreja foi se modificando. Presenciei de perto esta modificação, acompanhando a transformação que irmãs de caridade e padres iam tendo ao aprofundar sua prática nesta realidade. Ao mesmo tempo que a Igreja ia sendo modificada pela realidade social, ela, ao se transformar, foi também um importante espaço de crescimento dos movimentos sociais e, portanto, de transformação da globalidade da sociedade.

Olhando para trás, vejo como a pequena Igreja do Brejo da Paraíba serviu de canal de manifestação de variadas formas de organização popular. Ela era um pequeno laboratório dos mais variados projetos de atuação política e pedagógica. A Igreja tinha um papel central na estruturação dos movimentos populares. Hoje, no entanto, a situação se modificou. Com o fim da ditadura e com o crescimento dos movimentos sociais, as próprias organizações dos trabalhadores e mesmo outras entidades civis ligadas às camadas médias da sociedade vão, aos poucos, tomando a frente das iniciativas políticas, ao nível das classes populares.

CAPÍTULO <sup>IV</sup> VIUM SERVIÇO DE MEDICINA COMUNITÁRIA NO BRASIL: O  
CENTRO DE SAÚDE DE PILÕEZINHOS

O Centro de Saúde de Pilõezinhos foi inaugurado em março de 1979, juntamente com os Centros de Saúde de vários outros municípios da região. Sua história diz muito da história dos vários Centros de Saúde implantados pelo P.I.A.S.S., ou seja, do primeiro projeto de Medicina Comunitária com uma dimensão nacional, implantado no Brasil.

Como chefe do Centro de Saúde e como o seu único médico, tive a oportunidade de tentar colocar em funcionamento as idéias que tinha sobre como deveria ser a medicina para os trabalhadores. A história que se segue trata da interação destas idéias, que estavam muito orientadas pelo modelo da Medicina Comunitária, com a realidade do Estado e da população.

## a) UM CENTRO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO AGRÍCOLA

Pilõezinhos é um município com 6.000 habitantes (2/3 dos quais na zona rural). Dista 7 Km de Guarabira, que é a cidade pólo da região. Sua economia é essencialmente agrícola, predominando a agricultura de subsistência, a cana de açúcar, o as safrão (coloral), o agave e a pecuária. A maioria da população é composta de pequenos proprietários, agricultores arrendatários, parceiros e diaristas. Grande parte da população urbana é composta de agricultores, expulsos da terra pelo processo de capitalização do campo, que se sustentam como assalariados rurais.



Há um grande número de famílias mantidas através de recursos enviados por familiares, empregados no sul do país. A distribuição da terra é altamente concentrada (1% das propriedades ocupam 52% da área agrícola do município, segundo dados do IBGE), disto resultando um péssimo nível de saúde para a maioria da população. Em levantamento realizado em 1980, 63% das crianças, com menos de 5 anos, eram desnutridas.

Anteriormente à implantação do Centro de Saúde, a assistência médica em Pilõezinhos resumia-se a visitas semanais de um médico pago pela prefeitura, que atendia então uma média de 45 pacientes, pela visita quinzenal de um odontólogo que extraía em média 25 dentes, distribuição de anticoncepcionais da BENFAM por uma funcionária da prefeitura e campanhas de vacinação feitas irregularmente pela Secretaria de Saúde. A maioria dos pacientes, por isso, procurava os serviços de saúde de Guarabira, onde existiam 15 médicos, em várias instituições.

Mas como fui parar em Pilõezinhos? Como era a minha pretensão continuar trabalhando também em Guarabira, procurei me fixar em um Centro de Saúde de um município próximo. Havia 4 municípios relativamente perto. Passei a procurar os prefeitos destes municípios para me apresentar. Segundo critérios da Secretaria de Saúde, caberia ao prefeito de cada município (contanto que fossem do partido do Governo) a indicação do médico e do dentista. Achei que seria tranqüila a minha indicação. Afinal de contas, tinha feito uma residência em clínica médica, estava entrosado na coordenação da Secretaria de Saúde e traria comigo estagiários da Universidade. Mas que nada! A maioria dos prefeitos preferia indicar médicos apontados por eleitores ou cabos e leitorais, mesmo sem ter nenhuma informação sobre os mesmos. Ne

nhum deles quis saber do meu currículo e nem mesmo se interessou em saber se eu tinha algum curso de pós-graduação ou alguma experiência profissional anterior. Eu era um desconhecido nos meios políticos. O prefeito de Pilõezinhos foi o único que aceitou me indicar. E o fez por causa da Nelsina. Ele sabia que Nelsina continuaria como supervisora do II Núcleo Regional de Saúde. Segundo ele, colocando o marido da Nelsina para trabalhar no Centro de Saúde, conseguiria um maior fornecimento de materiais e um maior apoio institucional da Secretaria de Saúde. Disse isto claramente. Os prefeitos dos pequenos municípios são, em geral, pessoas simples. Costumam ser bem diretos nas conversas. O seu raciocínio, no entanto, me escandalizou, pois ele pouco ligava para os méritos técnicos do profissional que indicava. A eficiência técnica era o único critério que eu considerava válido, naquela época, para orientar a organização de um serviço de saúde. Mas aquele prefeito sabia <sup>com grande realidade</sup> que existiam outros critérios, como este da racionalidade política, que também tinha um grande peso no funcionamento das instituições.

O Centro de Saúde foi instalado em um prédio novo de 6 salas e nele trabalhavam um odontólogo e eu, em regime de 4 horas por dia, 3 auxiliares de saúde, uma visitadora sanitária (jovens da própria comunidade, submetidas a um treinamento de 3 meses em Guarabira) e uma servente, todas em regime de 8 horas por dia. Eram realizadas as seguintes atividades: consulta médica, pequenas cirurgias, exodontia, restaurações, bochechos com flúor em escolares, distribuição de alimentos através do Programa de Nutrição e Saúde, palestras, vacinações, curativos, injeções, visitas domiciliares (a puérperas, faltosos a vacinação, e casos clínicos que necessitassem maior cuidado domiciliar),

alguns exames laboratoriais, campanhas de vacinação na zona rural, planejamento familiar, pesquisa de <sup>do membro de tuberculose em</sup> Baar em ~~sintomáticos~~ <sup>de</sup> ~~respiratórios~~ <sup>respiratórios</sup> (pessoas com mais de 20 dias de tosse), consultas de enfermagem e vigilância epidemiológica.

#### b) UM ATENDIMENTO MÉDICO MARCADO PELA CARÊNCIA DE RECURSOS

Quando comecei a trabalhar em Pilõezinhos, tinha um nível de expectativa muito alto para a minha atuação como médico e chefe do Centro de Saúde. A Medicina Comunitária para mim era algo ainda muito idealizado, apesar das pequenas experiências de atuação em áreas rurais que tivera durante o tempo de estudante. Esta postura, marca da minha formação familiar, de estar sempre esperando que as minhas atuações resultassem em algo especial, reproduzia-se em vários setores da minha vida. Era um motivo importante da grande dedicação que tinha ao trabalho. Devido à sua origem, esta dedicação facilmente se transformava em compulsão. Um desejo inconsciente e forte de ser também uma pessoa especial e reconhecida se escondia atrás desta visão idealizada do meu trabalho. Interessante que esta característica era muito comum entre outros colegas de militância, junto aos movimentos populares. Parece que práticas com um nível alto <sup>de</sup> ~~des~~ desafios, atraem pessoas assim.

Por isto, pensava que, mesmo com os poucos recursos disponíveis, seria capaz de resolver grande parte dos problemas de saúde daquela população. Conseguiria desencadear um processo educativo que levasse a uma conscientização daquele povo das causas da ausência de saúde, de modo que, aos poucos, ele passasse

a buscar a transformação das condições geradoras da doença. Imaginava que, gradativamente, a equipe de profissionais do Centro de Saúde iria amadurecer como equipe, se aperfeiçoar tecnicamente e passar a ter uma ação integrada e comprometida. Entrosaríamos com as outras instituições locais com atividades de saúde (Emater, Prefeitura, Mobral, Grupos Escolares, Sindicato dos Trabalhadores Rurais) e promoveríamos ações conjuntas de grande peso. E finalmente colaboraria no fortalecimento do movimento popular local, através de mobilizações em torno dos problemas concretos de saúde. Enfim, pensava que o Centro de Saúde pudesse desencadear uma intensa dinamização da vida social de Pilõezi - nhos. Acho que não era assim tão descaradamente otimista, pois sabia das muitas dificuldades que <sup>iria</sup> encontrar<sup>(a)</sup>. Mas no fundo, no fundo mesmo, tinha uma esperança muito grande de poder vencer os vários limites. Achava que os limites estavam na superfície. Mas na verdade eles tinham alicerces muito profundos.

Diante de tão grande expectativa, um grande problema logo se colocou: a **falta de recursos**. O número de profissionais era insuficiente, não tínhamos recursos materiais para desenvolver muitas das atividades que queríamos executar e nem para realizá-las da maneira como achávamos certo fazer. Para começar, eu era o único médico do município (e trabalhando apenas 4 horas por dia) e a quantidade de doentes era imensa. A sensação que eu tinha no começo, era que todas as minhas energias e todo o meu tempo estavam sendo sugados e sufocados por aquelas filas intermináveis de pacientes, muitos deles graves. Era angustiante ver adultos e crianças com problemas de saúde importantes terem de voltar para casa sem serem atendidos, após terem caminhado até 7 Km, simplesmente porque o seu número está acima da mi-

nha capacidade. Mas querer atendê-los todos era o mesmo que querer esvaziar o mar com um balde: o processo de geração da doença estava intacto. Queria atender bem a cada paciente, mas não tinha recursos nem tempo para isto. Queria me dedicar a outras atividades além de consulta médica, mas não tinha tempo. **O que fazer?** No fundo, o impasse que eu vivi naquele tempo em Pilõezinhos era um impasse bem mais amplo. Os Centros de Saúde, que inauguravam em grande quantidade, eram o espaço possível da prática médica aos trabalhadores brasileiros daquela época. Os limites de recurso eram os mesmos de quaisquer outros serviços a eles destinados. Como era possível construir uma medicina um pouco mais eficiente dentro daquele espaço limitado? Meu otimismo, meio ingênuo, na minha capacidade de superar aqueles limites, com jeitinhos e pequenas propostas técnicas aprendidas nos textos sobre Medicina Comunitária, deu-me ânimo para enfrentar aquela situação. Eu era um sujeito com uma fé ardente nas propostas de Medicina Comunitária. Não percebia com clareza o caráter contraditório de suas propostas. Se este otimismo me deu ânimo, ele também me fez entrar por muitos caminhos sem chegada.

Decidi limitar o tempo destinado às consultas, de modo que pudesse dedicar-me também às várias outras atividades no Centro de Saúde e na Comunidade. Era nestas "outras atividades" (trabalho de organização comunitária, de educação, de saneamento, de articulação com outras instituições, etc.), que eu tinha minhas maiores esperanças. Mas como veremos depois, estas "outras atividades" também foram duramente limitadas pelas características da sociedade onde estávamos.

Mas dentro do tempo destinado às consultas médicas, como fazer? Eu tinha que ser rápido e ao mesmo tempo manter a qualidade das consultas. Eram duas metas difíceis de conciliar.

Mas atender com qualidade era também atender com quantidade. Não tinha cabimento eu gastar 40 minutos em cada consulta e sobrar um mundo de gente sem ser atendido. A rapidez e a eficiência tinham que ser conciliadas, pelo menos parcialmente. Isto pode parecer uma acomodação ao descaso planejado das políticas sociais do Governo, mas era o possível naquele momento. Os trabalhadores estavam do lado de fora do consultório com seus numerosos doentes, precisando de uma ajuda naquele instante. E as possibilidades de lutas reivindicativas futuras não terminavam ali. Resolvi, então, atender o maior número de pacientes compatíveis com um mínimo de qualidade. Um atendimento que permitisse um nível razoável de interação educativa. Resolvi atender 13 pacientes por dia, mais os casos graves e de urgência que aparecessem após a distribuição de fichas. Era um número considerado muito baixo para os hábitos médicos da região. Era comum encontrar médicos que atendiam 40 consultas em uma manhã. Este limite que estabeleci causou protestos. O prefeito mesmo, veio me pedir para atender um maior número. Após a distribuição das fichas, um grande número de pacientes ficava me pedindo para lhes atender. Mas não costumava ceder, pois sentia que atender um número maior de pacientes seria diminuir tanto a qualidade, que significaria perder minha dignidade profissional. Além disto, prestar uma atenção médica muito superficial e rápida e com isto esvaziar as filas, era também uma maneira de enganar a população, na medida em que faria parecer que o nosso serviço de saúde era suficiente para a necessidade da população, o que seria uma mentira. Eu acabaria assumindo a culpa da má qualidade do serviço. Para os pacientes mal atendidos a culpa seria do médico que não deixou que eles pudessem falar claramente seus problemas, que nem os

examinou direito e que não acertou no tratamento. Acho que foi importante ter mantido minha dignidade profissional. Com o tempo a população viu que o limite não era meu, tanto assim que no início de 1981 um grupo de moradores articulou um abaixo-assinado ao Secretário Estadual da Saúde, solicitando a contratação de um outro médico. Mas o abaixo-assinado não foi atendido. Um dos motivos pelos quais o Secretário da Saúde não cedeu foi porque, na época, ele já começava a receber denúncias de alguns políticos da região de que Nelsina e eu estávamos participando de reuniões junto às Comunidades Eclesiais de Base. Algumas semanas antes, ele havia nos chamado em João Pessoa para nos ameaçar de devolução à Universidade, caso continuasse a receber denúncias. Ele temia que, com mais um outro médico em Pilõezinhos, eu tivesse maior tempo livre para o trabalho junto às comunidades.

Com o tempo a população foi vendo que minhas consultas eram diferentes das que estavam acostumados. Os populares sabem julgar a qualidade de um médico, apesar de a primeira visita parecer que eles impressionavam apenas com aspectos de atenção e gentileza. Desde o início eu fui atencioso nas consultas, mas só depois de alguns meses é que senti que as pessoas me respeitavam também como médico. Este respeito profissional foi fundamental para todas as outras atividades de que participei.

Conheci médicos de outros Centros de Saúde que, em menos de 2 horas de trabalho, atendiam todos os pacientes que estavam esperando. Era um atendimento corrido e ruim. Tanto assim que, com o tempo, a demanda diminuía e o Centro de Saúde vivia sempre vazio. Acabava que o número médio de atendimentos médi-

cos que eu fazia, a cada mês (cerca de 300 consultas), superava o de muitos desses médicos. O número de pacientes que aparecem em um serviço de saúde, depende da qualidade do atendimento ali prestado. As pessoas julgam se compensa ou não ir até o Centro de Saúde, de acordo com o que sabem que ali vão encontrar. Em Píloezinhos as filas duplicavam quando recebíamos medicamentos da Secretaria de Saúde, mostrando que a procura ao Centro de Saúde dependia dos recursos que ali eram oferecidos.

**c) AS AVENTURAS DE DUAS PROPOSTAS DA MEDICINA COMUNITÁRIA PARA SUPERAR A CARÊNCIA DE RECURSOS: DELEGAR FUNÇÕES ÀS AUXILIARES DE SAÚDE E DAR PRIORIDADE ÀS CRIANÇAS E ÀS MÃES**

O confronto diário entre a carência de médicos em Píloezinhos e o grande número de doentes era uma pedra no nosso sapato. O ter estabelecido limites de tempo e de número de atendimentos não abafou o problema. Estávamos sempre pensando formas de superação e testando-as. Na minha cabeça, como também na cabeça de muitos profissionais de saúde daquele tempo, havia dois modelos de prática médica que brigavam entre si.

a) Um modelo que aprendi na Faculdade de Medicina e principalmente na minha residência de Clínica Médica, no Hospital das Clínicas da UFMG, um hospital de alto nível. Segundo ele, cada problema clínico era basicamente um problema do corpo (biológico) e tinha que ser investigado em todas as suas possibilidades, usando para isto todos os recursos de diagnóstico desenvolvidos e vendidos pelas grandes empresas do setor saú



de. E os tratamentos destes problemas consistiam em medicamentos e no uso de aparelhos que estavam cada vez mais avançados e exigindo um constante e pesado estudo por parte do médico, para que cada paciente tivesse acesso ao que havia de melhor dentro do que era produzido também por grandes empresas médicas.

- b) Um segundo modelo que aprendi lendo e discutindo textos de Medicina Comunitária e Medicina Social. Este modelo dizia que os problemas de saúde eram, antes de tudo, problemas da maneira como a sociedade estava organizada e que, portanto, a ação do profissional de saúde devia se voltar basicamente para a transformação desta sociedade e do meio ambiente. O tratamento das conseqüências destes problemas sobre o corpo (alterações biológicas das doenças) não era muito importante e, o pouco que se podia fazer com eficiência eram técnicas e tratamentos simples e de baixo custo, possíveis de serem realizadas por profissionais locais, bem treinados. Os tratamentos e recursos de diagnóstico sofisticados e caros, produzidos e vendidos pelas grandes empresas do setor saúde eram necessários apenas para um número reduzido de doenças raras e que, portanto, o seu uso generalizado nas classes mais ricas era muito mais devido à propaganda e ao consumismo.

As insatisfações da clientela, as freqüentes falhas de nossa ação e os atritos reavivavam sempre o confronto entre as propostas destes dois modelos de medicina que estavam na minha cabeça. Havia momentos em que eu tendia para um lado, para logo depois, tender mais para o outro. Na verdade, o caminho

que fui construindo não estava em nenhum destes modelos. E ao mesmo tempo estava em ambos. Da interação das necessidades da população, das condições de funcionamento do Centro de Saúde e da Secretaria de Saúde, das propostas destes dois modelos de medicina, da vontade de servir a população e dos seus julgamentos fomos organizando o nosso trabalho e estruturando um caminho num jogo de erros e acertos.

Para o problema da discrepância entre a grande quantidade de doentes e o número reduzidíssimo de médicos (só eu, e assim mesmo por meio expediente) o modelo de Medicina Comunitária propunha duas estratégias:

- a) Delegar para as auxiliares de saúde funções que antes só eram exercidas pelo médico, de modo que, com o tempo elas passassem a resolver a maioria dos problemas de saúde, deixando para os médicos apenas os casos mais difíceis.
- b) Dar prioridade ao atendimento do chamado grupo materno infantil, ou seja, das crianças com até 5 anos de idade, às gestantes e às nutrizes (mulheres que estão amamentando), pois este seria o grupo mais vulnerável às doenças e onde a medicina mais podia ajudar.

Como homem de fé, nos projetos de Medicina Comunitária, fui grande defensor destas estratégias, tanto em Pilõezinhos, quanto nos outros Centros de Saúde onde ia fazer supervisão. Como foram implementadas? É uma história muito rica.

### c.1) A Auxiliar de Saúde: Um "Quebra-Galho" ou um Avanço?

A proposta de delegar funções do médico para as auxiliares de saúde tem como justificativa o fato de uma boa parte das doenças serem relativamente fáceis de descobrir e tratar. E o fato das auxiliares de saúde terem uma cultura semelhante à dos pacientes, estarem mais próximas e mais facilmente acessíveis tornariam as suas ações até mais eficientes do que as do médico. Concordo com isto. Acho, porém, que as coisas não são tão simples assim. Para começar, nem sempre é fácil separar o que é uma doença simples de uma doença complicada. Nas reuniões que o II Núcleo Regional de Saúde fazia com os médicos dos outros Centros de Saúde, volta e meia, este argumento era sempre levantado, mas eu o rebatia com ardor, pois achava que ele significava apenas uma resistência de médicos tradicionais, temerosos de perder o poder de serem os únicos considerados capazes de medicar. Eles exemplificavam, muitas vezes, com o caso da infecção comum de garganta causada pelo estreptococos, que é fácil de ser tratada, mas que confunde muito com a difteria, que é complicada. Hoje, vejo que eles tinham razão; muitas doenças graves se manifestam no início através de pequenos problemas corriqueiros. Mas continuo achando também que nem sempre os médicos são as melhores pessoas para descobrir e para tratar certos problemas de saúde, devido à distância que têm da vida dos pacientes pobres.

A seleção das auxiliares de saúde tinha sido feita pelos políticos (prefeitos e deputados), segundo suas conveniências eleitorais. Isto foi uma ducha de água fria em mim. Pensei: "está tudo perdido! Mas não estava.

Apesar do tipo de seleção, as qualidades e os interes

ses das auxiliares de saúde de Pilõezinhos me susprenderam. Na verdade os políticos, principalmente os prefeitos das pequenas cidades, não são bobos de indicar <sup>PARA CONTER A</sup> apenas pessoas <sup>ADAPTADAS AOS SEUS INTERESSES ELEITORAIS M</sup> incapazes, pois eles convivem muito de perto com a pressão da população. Além do mais, aquelas auxiliares de saúde também convivem com aquela população. Era difícil não se deixar penetrar por suas necessidades. Cada uma de las trazia uma sabedoria, fruto de sua experiência de vida anterior. Uma era dona de casa experiente, outra era filha do prefeito e acompanhava o seu trabalho. Uma era uma profissional de laboratório há anos, outra uma experiente animadora da pastoral da Igreja Católica. Apesar de tudo, nossa equipe tinha boas qualidades.

Uma segunda grande barreira à proposta de delegação de funções às auxiliares de saúde foi a proibição, pela Secretaria de Saúde da Paraíba, de que as auxiliares de saúde pudessem prescrever medicamentos. Era uma proibição que contrariava até mesmo as orientações do Ministério da Saúde e que surgira por pressão dos grupos médicos organizados que temiam que esta quebra no monopólio dos médicos medicarem, resultasse numa desvalorização da profissão. Quando fiquei sabendo da proibição, fiquei revoltado e desanimado. Hoje, porém, acho que acabou sendo positivo. Penso assim, principalmente após ter conhecido certos serviços de saúde onde auxiliares de saúde, sem nenhum apoio educativo e sem ter ninguém para discutir suas dúvidas ou para encaminhar os casos difíceis (condições estas que iriam certamente repetir na Paraíba), estavam exercendo uma medicina de péssima qualidade e enganando o povo.

Em muitos lugares, as auxiliares de saúde estavam praticando a seguinte medicina: para cada sintoma do paciente, um medicamento, sem haver nenhuma preocupação de entender o que es

tava passando por trás daqueles sintomas. Este tipo de prática de saúde era apenas uma forma despistada de continuar negando o direito à assistência médica da população.

A proibição oficial de que as auxiliares de saúde medissem, serviu como um freio no ímpeto dos profissionais da Secretaria de Saúde, mais animados com as propostas da Medicina Comunitária. Na medida em que o tempo ia passando, eu e alguns outros médicos locais íamos percebendo que a desorganização administrativa da Secretaria de Saúde tinha suas vantagens: nós tínhamos um espaço de autonomia. As supervisões da Secretaria de Saúde eram muito pouco eficientes para poderem fiscalizar nos sas atividades e a maioria dos supervisores não estava muito con vencida de que as normas oficiais eram corretas. Na medida em que eu ia conhecendo as capacidades das auxiliares de saúde e que as necessidades da população iam se impondo, exigindo soluções, fomos, aos poucos, organizando as práticas médicas das au xiliares de saúde, mas no ritmo que nossas possibilidades permi tiam, ou seja, sem ter a obrigação de cumprir logo, propostas teóricas pré-determinadas. Foi bom que tenha sido assim. As auxiliares de saúde iam observando a maneira como eu enfrentava os problemas médicos mais comuns, iam dando suas opiniões e tra ziam para discussão os casos que haviam surgido durante a minha ausência no Centro de Saúde, ou que eu não tinha tempo para resolver. Aos poucos elas foram se tornando capazes de resolver muitos dos problemas médicos. Como eu também fazia parte da equipe de supervisores do II Núcleo Regional de Saúde, fui levan do para lá essas vivências de Pilõezinhos e contribuí para que o descrédito da proibição oficial das auxiliares de saúde medi carem fosse aumentando. Na verdade, a desorganização da sede da

Secretaria de Saúde em João Pessoa também propiciava uma autonomia da equipe de supervisores regionais. O Estado não é uma estrutura homogênea e monolítica.

O treinamento inicial das auxiliares de saúde tinha sido muito pequeno (3 meses) e com muitas falhas. Ele tinha dado ênfase à capacitação das auxiliares para exercerem algumas atividades bem estabelecidas: vacinação, organização de arquivo, manejar com o programa de distribuição de alimentos às gestantes e lactentes, fazer curativos, preencher os mapas estatísticos, dar injeções, auxiliar o dentista, preparando-lhe o material, etc.. Tinha sido bem diferente de alguns treinamentos de auxiliares de saúde que eu conhecera e que se voltavam mais para a discussão dos problemas de saúde da população onde iam atuar e suas formas de enfrentamento. Este tipo de treinamento é muito mais capaz de preparar as auxiliares de saúde para uma atuação criativa, não bitolada ao cumprimento de normas e rotinas. Nelsina e eu havíamos brigado muito com o restante da equipe de supervisores quando o treinamento foi planejado e eu sentia que seria difícil, com as auxiliares de saúde que tínhamos treinado, levar à frente as propostas de Medicina Comunitária que enfatizavam muito a ação criativa das mesmas. Sentia que o nosso treinamento iria levá-las a cumprir apenas pequenas tarefas já pré-estabelecidas. Com o tempo fui vendo que o pecado cometido no treinamento não era assim tão "mortal". Nossa briga acirrada, nossas raivas guardadas e nossa frustração não tinham tanta razão de ser. O treinamento não era algo tão fundamental assim. A realidade com que as auxiliares de saúde iriam conviver em suas práticas e a convivência que teriam com outros profissionais da saúde era algo muito mais forte pedagogicamente. Hoje

eu vejo que, com a falta de conhecimentos da realidade de saúde da população que nós da equipe de supervisores tínhamos naquela época, não teria adiantado muita coisa termos adotado uma metodologia de treinamento que partisse de problemas concretos de saúde da população. Nós, simplesmente, diante de cada problema, iríamos estabelecer uma norma fechada de conduta que pouco consideraria as condições de vida da população. É impressionante como nós, técnicos, costumamos nos perder em brigas ferrenhas por pequenas propostas teóricas de trabalho, quando não são elas o fundamental! A realidade política, na medida em que determina as características de nossas instituições e de seus profissionais e a realidade social que determina as necessidades da população e suas formas de pressão, são muito mais fortes do que estas diferenças entre as várias teorias de atuação. É muito mais importante a gente aprender a entender esta realidade social, política e econômica sobre a qual nos movemos do que ficarmos tentando definir propostas técnicas perfeitas. A criação de uma medicina mais apropriada aos trabalhadores depende muito mais de nossa capacidade de ir costurando, ir desviando, ir enfrentando estes limites e estas condições que a realidade nos impõe.

Com tantos "ir e vir" fomos estruturando a participação das auxiliares de saúde. As primeiras atividades de que participaram foram a pré e a pós-consulta. Antes do paciente entrar no consultório elas já preenchiam o cabeçalho da ficha e faziam alguns exames (peso, pressão, temperatura) e depois da consulta elas tiravam dúvidas, explicando novamente o tratamento. Com o tempo estas atividades, principalmente a pós-consulta, foram ampliando de modo que, às vezes, incluíam até uma visita

à casa do paciente. Começaram a assumir a orientação de muitos casos mais simples, como diarréia, perebas, sarna, resfriados, piolhos, feridas infectadas, etc.. Uma das auxiliares fazia exames de fezes, tratava as verminoses e explicava como cada verme era transmitido. Foi organizada uma rotina de identificação de tuberculosos: as auxiliares de saúde procuravam pessoas com tosse há mais de 20 dias e as encaminhavam para que nossa auxiliar de saúde-laboratorista fizesse 3 exames no seu escarro. Casos de tuberculose eram descobertos sem minha ajuda. Eu orientava o tratamento, mas este era acompanhado por uma das auxiliares para evitar que houvesse interrupção do uso dos medicamentos, o que era um risco, pois o tratamento é muito demorado. Organizamos o serviço de planejamento familiar, que aos poucos foi assumido quase totalmente pelas auxiliares (esta é uma história comprida que será contada depois). Para que cada problema de saúde fosse delegado às auxiliares, era preciso que sua abordagem técnica fosse sistematizada, simplificada e organizada. Um exemplo disto foi a padronização do diagnóstico e do tratamento da tuberculose. No passado esta doença era tratada apenas por médicos especialistas, os tisiologistas. O Ministério da Saúde simplificou a técnica de diagnóstico, pensou uma forma de aplicá-la dentro das condições dos serviços públicos de saúde e padronizou o tratamento. Este trabalho de simplificação de técnicas médicas de modo nenhum é apenas um "quebra-galhos", pelo contrário, exige muita pesquisa e muita elaboração. Quase todo o trabalho de diagnóstico e tratamento passou a poder ser feito por uma auxiliar de saúde. Em um dos municípios da região uma auxiliar de saúde, em 2 meses, descobriu 5 casos de tuberculose, enquanto que o médico que lá trabalhava há 2 anos não tinha ainda



descoberto nenhum. É claro que cada problema de saúde tem dimensões e implicações que não podem ser padronizados, mas uma auxiliar de saúde só se sente segura para ajudar seu paciente tuberculoso enfrentar a rejeição dos vizinhos, a apoiá-lo nas suas angústias e apresentá-lo ao prefeito para receber uma ajuda provisória enquanto não melhora, se ela domina a abordagem técnica do seu caso. Este trabalho de padronização e simplificação das técnicas e de treinamento das auxiliares para cada problema clínico exigia um tempo grande de trabalho, por isto deixei de fazer muita coisa neste sentido. E muitas das tarefas que elas assumiram, fizeram-no com deficiências.

Neste processo fui descobrindo que a grande vantagem de trabalhar com auxiliares de saúde não era ter alguém que me aliviasse de responsabilidades, ou seja, que assumisse tarefas que antes eram minhas. Pelo contrário, elas até me davam muito trabalho. A grande vantagem é que elas davam uma dimensão ampliada à minha atuação: sempre estavam trazendo notícias de meus pacientes e com isto eu podia acompanhá-los por tempos após a consulta; traziam problemas que estavam acontecendo na comunidade, que por algum motivo não chegavam até o posto; chamavam-me a atenção para esquecimentos e para erros que eu cometia; vinham com os comentários da população sobre nossas atuações; informavam-me de dimensões dos problemas que eu enfrentava e que não tinha conhecimento; explicavam, com suas palavras, as orientações que eu dava aos pacientes e que muitas vezes não eram compreendidas; ajudavam a espalhar em Pilõezinhos minhas reflexões e me substituíam quando eu não podia estar presente. Para mim, elas não eram concorrentes, como alguns outros médicos alegavam. É claro que tínhamos conflitos, e muitos. Mas, antes de

tudo, elas ampliavam a minha ação. Esta é uma análise sob a ótica do médico, pois muito mais do que ampliadores da minha ação, elas eram outras profissionais com atividades próprias. E profissionais com um espaço de atuação muito grande, pois eram muito próximas da população. Portanto, se nos projetos oficiais de Medicina Comunitária elas são colocadas como uma estratégia de suprir a carência de profissionais de nível superior, na verdade elas podem assumir um outro tipo de papel: melhorar a qualidade de assistência médica ao trabalhador. Mas para isto acontecer é necessário que as suas atuações não se restrinjam apenas a tarefas padronizadas e pré-estabelecidas pelas instâncias superiores.

Relendo o que escrevi até aqui sobre a construção do espaço de atuação da auxiliar de saúde, vejo que muitas das dificuldades, dos limites e dos empecilhos encontrados (proibição das auxiliares medicarem, escolha política das mesmas, treinamento diferente do que achava certo, reação dos médicos, etc.), não eram apenas oposições de setores políticos e profissionais reacionários que resistiam à nova proposta, como tendi a acreditar por muito tempo. Na verdade, estas oposições eram manifestações de uma realidade política e social muito mais complexa do que a nossa mente de técnicos progressistas bem intencionados podia imaginar. Foi graças a estas oposições aparentemente apenas pessoais, que nossa proposta foi se filtrando, se delineando e se adequando àquela realidade. Cada limite era muito mais do que uma oposição: era a manifestação de aspectos da realidade que não estávamos considerando anteriormente.

Na análise deste processo, dois aspectos me chamam a atenção:

. Após tantos entraves, que à primeira vista pareciam ser "mortais", a proposta de delegar funções às auxiliares de saúde foi se refazendo, se adaptando e acabou se manifestando de uma forma rica.

. Apesar de cada um dos entraves e dos caminhos da superação parecerem ser, em grande parte, próprios das instituições, das pessoas e das circunstâncias existentes na nossa região, o resultado final assemelhou muito com o que encontrei em outros Centros de Saúde que visitei de outros Estados brasileiros.

Diante disto, começo a supor que elementos como este, da proposta de Medicina Comunitária que constantemente estão sendo enterrados e renascendo nos vários Centros de Saúde, representam muito mais do que uma idéia de um modelo que um dia foi gerado na cabeça de alguém e que por parecer interessante a alguns grupos políticos e econômicos dominantes, foram difundidos e implementados por este mundo afora. Minha hipótese é que muitos dos elementos da proposta de Medicina Comunitária são uma resposta, possível hoje, ao constante confronto entre: as necessidades de saúde da população, a maneira como o Estado está organizado, a situação de ciência médica e das críticas a ela existentes. Todos estes aspectos são condicionados pelo modo de produção capitalista da economia mundial e local. É justamente porque estes elementos da Medicina Comunitária tem raízes profundas na maneira como nossa sociedade e nossa ciência estão organizadas, que eles vêm se manifestando nos mais diferentes países e nos mais diferentes lugares do Brasil. E vêm perdurando e se expandindo, apesar das constantes tentativas de enterrá-los.

c.2) Prioridade ao Grupo Materno-Infantil: Um Jeitinho de Justificar "Cientificamente" o Não Atendimento aos Outros Grupos

Depois de tantas considerações, voltamos à segunda proposta do projeto de Medicina Comunitária brasileiro para suprir a carência de recursos: dar prioridade ao atendimento das crianças com menos de 5 anos e das mães em fase de procriação, ou seja, na hora de distribuir as fichas para a consulta, dar preferência aos clientes desta faixa, em detrimento dos outros. A princípio concordei e defendi esta estratégia. Ela tinha sua racionalidade; afinal, 1/3 a 1/2 das mortes em populações carentes acontecem entre crianças com menos de 5 anos. E um número muito significativo das doenças nesta idade, entre populações pobres, deve-se a infecções que são o tipo de problema onde a medicina é mais eficiente. A gestação e a fase de amamentação, também são fases que exigem muitos cuidados. O que fiz para conseguir esta prioridade? Sabia que a população abaixo de 5 anos representava cerca de 19% da população total. Então, das 13 fichas diárias reservávamos pelo menos 5 fichas para elas (cerca de 39% dos atendimentos). Para as gestantes nós estabelecíamos um dia da semana onde tinham prioridade total, independente da hora que chegassem. Deste modo tinham segurança de que o esforço de caminhar até o Centro de Saúde não seria em vão.

Hoje, repensando esta estratégia, tenho dúvidas. Por que não priorizar também os trabalhadores que sustentavam a família e que, portanto, eram fundamentais na preservação da saúde das crianças? Com certeza eles não eram priorizados porque havia excesso de mão-de-obra. Qualquer trabalhador do campo que adocece ou morre é facilmente substituído. Nas áreas industriais modernas onde o trabalhador exige um treinamento especializado

e é, portanto, difícil de ser reposto, os programas de saúde dão prioridade à sua saúde. Por que não priorizar a assistência às mulheres que não estão em fase de gestação ou amamentação? Afinal, são elas as responsáveis pelos cuidados domésticos da maioria das famílias de agricultores. São elas que cuidam das crianças, mantêm a higiene da casa, cuidam dos doentes, preparam os alimentos, enfim, tomam para si os cuidados domiciliares de saúde de toda a família. A saúde destas agentes de saúde do lar é também fundamental. E os velhos? É justo colocá-los em segundo plano no direito à assistência de saúde porque já deram o que tinham que dar para a construção da nossa sociedade? E os escolares e os adolescentes? Não estão eles em uma fase de sua formação fundamental para o resto de suas vidas? Na verdade, todos deveriam ter prioridade no atendimento de saúde. Não seria esta proposta técnica de dar prioridade de atendimento a um grupo da população, uma maneira de dar uma aparência científica à exclusão da maioria da população ao direito de saúde? Hoje, após ter lido a tese de mestrado de Délcio Fonseca (1984), vejo que há outras razões. Os países ricos sempre tiveram um grande medo do perigo político representado pelo grande crescimento populacional dos países subdesenvolvidos e por isto os têm pressionado para que adotem políticas de controle da natalidade. A grande força da Igreja Católica no Brasil tem impedido que estas políticas sejam aqui implantadas abertamente. Segundo documentos de entidades internacionais, voltadas para o controle da natalidade, citados por Délcio Fonseca em sua tese, a estratégia da implantação destas políticas aqui no Brasil seria através de programas voltados para "assistência à saúde do grupo materno-infantil". Os programas de saúde materno-infantil seriam

a capa que encobriria a implantação de programas de planejamento familiar. O fato destas entidades internacionais de difusão do controle da natalidade terem sido quem primeiro apoiou os projetos de Medicina Comunitária implantados no Brasil (FONSECA , 1984) explica porque a estratégia de priorizar o grupo materno-infantil foi tão incorporada nos projetos brasileiros de Medicina Comunitária.

Por que não deixar que a distribuição das fichas para as consultas se fizesse segundo uma negociação entre os próprios pacientes, segundo critérios decididos localmente, ou melhor, critérios sem sabor de verdade científica? Critérios que são apenas "quebra-galhos", enquanto a carência de recursos não é resolvida.

#### d) REFORMANDO A CONSULTA MÉDICA PARA TORNÁ-LA MAIS ADEQUADA AS CONDIÇÕES E AOS LIMITES DO CENTRO DE SAÚDE

Limitar o tempo dedicado às consultas, limitar o seu número e delegar funções às auxiliares de saúde não abafavam as insatisfações e os conflitos. Para a população, o atendimento era insuficiente e ela pressionava. Para mim, as 13 consultas normais, mais os casos de urgência eram demais, pois fora formado dentro de um modelo médico tradicional que exigia pelo menos 40 minutos para cada consulta. Mas eu percebia que, em Pilõesinhos, qualidade também significava rapidez. Como ser rápido e ser eficiente? Diante desta situação imposta pela realidade do Centro de Saúde passei a procurar e a testar formas alternativas de atenção médica. O fato de conhecer os dois modelos conflitantes

de prática médica já descritos ajudaram-me a ir reformando meu trabalho.

Tentando utilizar o modelo de consulta tradicional , esbarrava em duas dificuldades técnicas:

- . Não havia tempo para fazer, em cada paciente, uma anamnese geral e sistemática como me fora ensinado na escola, ou seja , interrogar e examinar todos os órgãos e todas as partes do corpo durante a consulta.
  
- . Em grande parte dos casos é impossível chegar a uma grande precisão no diagnóstico clínico, ou, em outras palavras, saber bem certo qual era a doença daquele paciente.

Precisei aprender a fazer uma consulta voltada mais para os órgãos e problemas ligados à queixa do paciente (chamada anamnese dirigida). Isto exige um nível de conhecimento mais profundo e uma maior habilidade: só fazer perguntas e exames realmente necessários, não esquecendo de investigar nenhuma possibilidade de doença. Diante de cada problema médico colocado pelos pacientes, era preciso ter claro na cabeça "todas as doenças mais comuns que poderiam ser a causa daquele problema. E então fazer perguntas e exames que confirmassem ou afastassem cada uma destas doenças. Por exemplo, se um adulto chegava com uma tosse de uma semana de duração, era preciso pensar logo quais as doenças capazes de dar isto: gripe, pneumonia, tubercu lose, insuficiência cardíaca, alergia, câncer, uso de cigarros, etc.. Segundo o modelo tradicional de anamneses seria preciso fazer perguntas e exames para saber como andavam os aparelhos:

digestivo, respiratório, urinários, nervoso, cardíaco e os ossos, músculos e pele e, só então, pensar na causa de sua tosse. Acontece que isto gastaria muito tempo e a fila de pacientes estava do outro lado da porta, esperando. Mas fui vendo que conseguia resolver a maioria dos problemas clínicos que apareciam, apenas investigando os órgãos e problemas que poderiam ter alguma ligação com o problema principal. Fazendo assim, ficaria com uma lista de algumas doenças possíveis para aquele caso. Este meu aprendizado foi facilitado pelo livro "Raciocínio Clínico", de Kurt Kletzel (1977). Além disto, pelo modelo de medicina que tinha aprendido na escola, eu só poderia tratar daquela tosse depois de fazer vários exames laboratoriais, de modo a eliminar todas as outras possibilidades e ficar apenas com um diagnóstico de certeza. Mas como fazer isto se no Centro de Saúde de Pílõezinhos só conseguíamos fazer precariamente exames de fezes e exame sumário de urina? Mas fui vendo que se eu acompanhasse de perto o meu paciente eu poderia, mesmo estando em dúvida entre várias doenças possíveis, ir tratando daquelas mais prováveis ou mais urgentes. Tratava primeiramente como se fosse tal doença. Se as queixas e os sinais da doença não evoluíam de acordo com o esperado eu já passava a pensar em outra doença. É o que se chama prova terapêutica e acompanhamento evolutivo. Às vezes, não era possível conseguir os meios de tratamento para a doença que achava ser o mais provável. Fazia então uma prova terapêutica para a doença que se colocava em 2º lugar na lista de probabilidades. Mas só podia fazer este processo se visse que entre as doenças possíveis, para as quais não dispunha de tratamento, não existisse alguma que implicasse em risco de vida ou de complicação séria a curto prazo. Neste caso precisava entrosar com



o prefeito a fim de conseguir transporte do paciente para outro lugar com mais recursos.

Como a chave para esta técnica de exercer a clínica e ra o acompanhamento, tornava-se imprescindível ter fichas de ca da paciente, preenchidas com cuidado e um arquivo bem organiza- do. O número de atendimentos é grande. Se não temos fichas de cada paciente bem preenchidas e organizadas, não temos como a- companhar os nossos pacientes, pois esquecemos os detalhes de suas doenças. E quem tem que coordenar o arquivo é o próprio mé dico. Em Centros de Saúde não existem especialistas em arquivo como há nos hospitais. Eu precisava estar sempre vigiando o ar- quivo, senão ele virava uma grande confusão. Era preciso estar sempre atento para identificar problemas, orientar a auxiliar de saúde responsável e acompanhar o que tinha sido orientado . Passamos semanas treinando como colocar palavras em ordem alfa bética.

Esta discussão sobre estes aspectos técnicos, que fui obrigado a mudar em minha prática médica, podem parecer apenas detalhes sem maiores significados globais: uma conversa que só interesse a outros médicos. Mas hoje tenho claro que estes deta lhes técnicos têm uma implicação política e educativa. O fato de ter adotado uma técnica de consulta baseada no acompanhamen- to me ajudou a descobrir a importância de sempre explicar para os pacientes as minhas inseguranças e a maneira como eu espera- va resolvê-las, a partir do acompanhamento evolutivo e das pro- vas terapêuticas. Eu sempre tinha de mostrar os limites do nos- so serviço de saúde que estavam levando a não poder precisar mais o diagnóstico da doença, ou a não poder usar o melhor tra- tamento possível. Isto ajudava os pacientes a compreenderem me-

lhor a sua doença e a estrutura do Centro de Saúde.

Além disto, o fato de na consulta médica ser gasto me nos tempo com perguntas sobre cada órgão e com o exame de cada parte do corpo, fazia sobrar mais tempo para uma conversa final em que eu explicava a minha opinião sobre os problemas contados e o paciente tinha oportunidade de dizer o que pensava daquela minha opinião. E neste diálogo, aprofundava-se a compreensão do problema, pois cada paciente sabe, não apenas descrever suas do res, suas queixas e as mudanças no seu corpo, mas tem também um julgamento e uma análise sobre a globalidade do que está acontecendo. Quando ele coloca a sua opinião sobre as causas de seu problema e a justifica, ele traz para o médico uma série de fatos novos. E muitas vezes ele, ao compreender a nossa análise, passa a lembrar outros fatos que nos ajudam a confirmar ou a mudar parcialmente o nosso diagnóstico! Para a escolha do trata mento, este diálogo é ainda mais importante. Em geral, a boa in dicação de um remédio depende de uma série de fatores que só o paciente conhece. Ao explicarmos as opções de tratamento, o paci ente vai fazendo considerações que nos ajudam a escolher. Só ele vai poder contar sua disponibilidade financeira para comprar um medicamento mais eficiente, sua dificuldade em usar medicamen - tos injetáveis, sua experiência anterior com tal droga. Em rela ção ao tratamento não medicamentoso, a necessidade deste diálogo é ainda mais forte. Como podemos orientar a mudança de alguns de seus costumes, se não entendemos a sua vida e nem as suas dificuldades? À medida que ia sentindo estas implicações e ducativas e até mesmo médicas das pequenas mudanças técnicas na maneira de fazer a consulta, eu fui vendo como o modelo tradicional é limitado. Meus professores diziam que era importante

interrogar e examinar todos os órgãos para se ter uma visão global do paciente. Mas na verdade este modelo nos dá apenas uma visão global dos vários órgãos, ou seja, uma visão da parte biológica. Mas o nosso paciente é muito mais do que isto. A sua parte biológica está estreitamente ligada à sua classe social, ao ambiente em que vive, à sua família e à sua cultura. Não vejo outra forma de compreendê-lo globalmente, senão através do diálogo. Um diálogo em que nós vamos apresentando nossa opinião global sobre o seu problema e ele vai apresentando a sua. A apreensão do significado global de uma queixa clínica não é conseguida apenas pelo estudo do que está acontecendo em cada parte do corpo em separado.

Tenho receio, ao falar com certo entusiasmo destas implicações positivas das mudanças da técnica de consulta, de dar a impressão que achava estar fazendo uma medicina de ótima qualidade. Na verdade não estava. O limite de tempo e de recursos era muito grande. Em muitos casos, a "ponta do fio da meada" , que permitiria o entendimento da doença, só é encontrada perguntando e fazendo exames que aparentemente não têm ligação com o problema apresentado. Nestes casos, quem tem pressa não descobre. Este foi um dos motivos de muitos pacientes do Centro de Saúde de Pilõezinhos saírem insatisfeitos. Infelizmente não tenho meios para avaliar a dimensão deste problema, pois muitos pacientes insatisfeitos não voltam para reclamar: procuram outros serviços ou se acomodam com o seu problema.

O que eu quero dizer é que também não basta levar a medicina tradicional aos trabalhadores. É claro que isto já seria uma conquista imensa. Mas esta medicina também precisa mudar porque ela é autoritária, alienante, muito presa apenas aos

aspectos biológicos e dominada por interesses econômicos das multinacionais de medicamento e das empresas médicas. Ela precisa de uma reforma interna, uma reforma que se dará também através da mudança destes "detalhes" técnicos. E é interessante a maneira como esta reforma interna está nascendo nestes pequenos Centros de Saúde, construídos com tanto desprezo pelo governo, onde o objetivo maior é conseguir manter o apoio político e eleitoral do povo. Mas alguns destes Centros de Saúde estão servindo de espaço para que técnicos comprometidos politicamente com os trabalhadores entrem em contato com os interesses e as condições de vida da população. Um espaço onde grupos populares têm podido exigir mudanças e avaliar inovações. Nestes espaços está surgindo, então, um processo de elaboração de uma medicina mais apropriada aos trabalhadores. É claro que esta medicina emergente está marcada pelos mais variados limites. O maior deles é a carência de recursos. Por sinal, são os mesmos limites que marcam as condições de vida destes trabalhadores. Estes limites vão poder ser rompidos no processo de luta política que a classe trabalhadora for fazendo.

**e) TECNOLOGIAS ACESSÍVEIS E TECNOLOGIAS QUE PERMITEM AO PACIENTE COMPREENDER E PARTICIPAR DO SEU TRATAMENTO**

Se o rompimento da carência de recursos desta nova medicina depende basicamente da organização política dos trabalhadores, cabe, no entanto, aos técnicos com eles comprometidos um papel muito importante: a elaboração desta reforma interna. E isto depende de muito estudo e criatividade. Nisto eu sentia u-

ma grande dificuldade: os livros de medicina, em geral, ensinavam formas de abordar os pacientes e de tratá-los, que não combinavam com as condições que eu tinha lá em Pilõezinhos. Nos livros são ensinados os tratamentos ótimos; mas quando nós não tínhamos acesso a estes tratamentos ótimos, nós não podíamos fazer nada? Com pesquisas em livros variados, fui descobrindo alguns tipos de tratamentos, que poderíamos chamar de sub-ótimos, mas que, em muitas vezes davam bons resultados. Um exemplo é o medicamento chamado tiabendazol, que é indicado para o tratamento do verme intestinal *Estrongilóide* e que, não sei por que motivo, era o único remédio contra verminose da CEME que não faltava no Posto. descobri, certa vez, em um livro mais antigo, que ele podia ser usado também no tratamento de *Ascaris*, *Ancylostoma*, *Oxiurus* e *Tricocéfalos*. É claro que o resultado nestes vermes não é tão bom como o de outros medicamentos. Mas para a maioria dos pacientes que não podiam comprá-los, foi ótimo poder contar com o tiabendazol. Houve também um período em que a região foi acometida por uma epidemia de conjuntivite. E não havia colírios na Secretaria de Saúde. Experimentamos "fabricar" colírios misturando ampolas de cloranfenicol ou Gentamicina (que tínhamos em pequeno estoque, porque eram medicamentos injetáveis) com soro fisiológico em doses similares às fórmulas vendidas comercialmente. Deu certo. Logo a idéia se espalhou para os outros Centros de Saúde.

Mas não eram apenas estes "quebra-galhos" que desenvolvíamos em Pilõezinhos. Percebíamos que o nosso maior contato com a população permitia-nos desenvolver uma dimensão da medicina, que não é muito valorizada nos serviços médicos distantes e impessoais: o cuidado domiciliar. Por exemplo, se havia um caso de asma, procurava visitar a sua família e a sua casa e lá, pro

curar descobrir as possíveis fontes de poeira que podiam estar desencadeando as crises. Esta investigação das fontes de poeira, em geral, é difícil de ser feita no consultório apenas, porque o paciente não consegue descrever todos os detalhes do ambiente onde mora. Na própria casa do paciente ficava muito mais fácil de pensar uma maneira de afastar aquela fonte de poeira. Nesta busca de valorização destas medidas de cuidado caseiro das doenças, foi muito importante eu ter feito freqüentes visitas domiciliares e poder contar com uma ótima visitadora sanitária (ela participava muito das atividades comunitárias da Igreja). Este ir visitar as famílias de alguns pacientes pode parecer uma perda de tempo, mas é impressionante como a gente aprende por meio deles! Como os casos de diarréia eram freqüentes, uma das coisas que eu mais fazia era ensinar fazer hidratação oral (preparar o soro em casa e administrá-lo com freqüência). Uma vez tive, como paciente, uma criança de um ano que não melhorava de sua desidratação. Resolvi ir até sua casa ver como a mãe estava fazendo a hidratação. Foi uma grande surpresa: nada estava sendo feito. E não era culpa da mãe, pois havia muitas dificuldades para não deixá-la fazer o que eu tinha ensinado. Não havia vasilhas limpas desocupadas, nem as colheres de chá para medir o sal e o açúcar e dar o soro à criança. Não havia sabão e a água era escassa, pois tinha que ser trazida de longe, carregada na cabeça. A minha paciente tinha outros 7 irmãos que não deixavam sua mãe sossegada para tomar as providências mais complicadas. Desde então todas as crianças com diarréia e desidratadas só voltavam para casa acompanhadas da visitadora sanitária que organizava, com a ajuda das vizinhas, o esquema de hidratação da criança. Para as mães que moravam na zona rural, fa

zia-se demonstrações no posto.

Além do desenvolvimento destes cuidados domiciliares, fomos, aos poucos, organizando algumas técnicas novas, em geral voltadas para aumentar a eficiência educativa de nossas ações. Era, por exemplo, as consultas coletivas de pré-natal e de puericultura (acompanhamento evolutivo de crianças até 2 anos). Ao invés de serem atendidos individualmente, estes pacientes eram, muitas vezes, reunidos em grupo para trocarem experiências sobre seus problemas comuns.

Hoje em dia, em vários centros médicos, tem-se procurado desenvolver pequenos procedimentos técnicos que tornem a medicina mais eficiente, principalmente pela maior participação do doente no seu tratamento, através de uma maior compreensão do processo da sua doença. É a chamada Tecnologia Alternativa para a Saúde. Um exemplo muito ilustrativo deste tipo de tecnologia é a própria hidratação oral, para os casos de desidratação por diarreia. Antigamente o tratamento era feito principalmente pela injeção de soro na veia. Em alguns lugares do Nordeste brasileiro, até há pouco tempo, havia centros de hidratação venosa em cidades do interior. As famílias resistiam em entregar seus filhos para serem "furados" com agulhas. Achava-se que a hidratação oral só tinha validade para casos de desidratação muito leves. Mas a partir de experiências realizadas em Centros de Saúde de vários países, foi se descobrindo que a hidratação oral podia ser usada mesmo em casos graves, contanto que fosse realizada com intensidade e utilizando uma solução mais concentrada em sal. Esta inovação técnica, além de aumentar a eficiência do tratamento da desidratação em crianças pobres, permite que a família participe e compreenda o tratamento e a doença.

Como é uma técnica fácil de ser utilizada, ela torna a população mais autônoma e menos dependente dos doutores. E é muito mais confortável para uma criança ser tratada pela hidratação oral, pela própria mãe, do que pela hidratação venosa.

Mas todas estas "criatividades" médicas foram realizadas em Pilõezinhos de forma muito limitada. A sobrecarga de trabalho e as dificuldades administrativas faziam com que, apenas com muita luta, estas pequenas alterações passassem a vigorar. E muitas vezes vigoravam por um período passageiro.

#### f) O CONFRONTO COM A MEDICINA POPULAR

Antes de chegar a Pilõezinhos, eu era um curioso da medicina popular, com seus tratamentos baseados principalmente em produtos da flora local. Com o tempo minha curiosidade transformou-se em respeito. Foram vários os casos em que eu não fui capaz de resolver e que melhoravam com remédios naturais. E não foram só doencinhas leves, não. Lembro de uma menina de 10 anos que vinha há cerca de 10 dias com tosse com escarros sangüíneos, febre alta e emagrecimento. Fiz exames de escarro para tuberculose que, por várias vezes, foram negativos. Fiz provas terapêuticas com antibióticos e não tive resposta. Encaminhei para outros médicos de Guarabira e nenhum dava conta. Ela não tinha condições financeiras para ir a João Pessoa. Um dia, em uma consulta de controle, ela apareceu curada e corada. Segundo sua mãe, tinha se tratado com chá de uma planta, cujo nome não me lembro.

Eu tentei aprender um pouco desta medicina popular ,



mas vi que era muito difícil. Ela pressupõe uma intimidade de convivência com a natureza que eu não tinha, devido à minha criação em cidade grande. Por mais que eu me esforçasse não aprendia a identificar as várias plantas. Além disto, eu não tinha nada de novo a acrescentar. Afinal, os pesquisadores da medicina "científica" vêm investigando muito pouco estes produtos naturais locais. Então, só me restou ser humilde diante dos pacientes, reconhecendo o meu limite e o limite da minha ciência e declarar o meu respeito a esta ciência popular. No Centro de Saúde, procurava, pelo menos, não apressar o processo de esquecimento desta medicina popular. Mas sinto que a atuação do médico colocando em prática a sua medicina "científica", mesmo que ele não queira, acaba contribuindo para este processo. A nossa medicina tem maior poder.

**g) ALGUMAS REFORMAS NA ESTRUTURA DO SERVIÇO, ALGUNS LIMITES, ALGUMAS REPERCUSSÕES**

Esta nova maneira de exercer a clínica, que aos poucos fui descobrindo sozinho, mostrou ter uma eficiência que me surpreendeu para resolver os problemas mais comuns. Afinal de contas, foi-me ensinado que a prática médica correta é bem mais complicada, como se esta medicina adaptada fosse uma prática de sonesta. Esta minha experiência me mostrou uma outra dimensão. A medicina nos Centros de Saúde é uma prática que exige habilidade, pesquisa contínua e muita criatividade. Mas devido ao fato de não termos com quem discutir nossos problemas e de que os textos médicos existentes não ajudam a aprofundar e a criar ques-

tões sobre a nossa prática, sofreremos um grande risco de entrarmos numa rotina desmotivante. E esta medicina sem motivação é muito perigosa para os pacientes. Passamos simplesmente a catalogar os vários casos dentro das poucas categorias diagnósticas mais comuns. Nossa prática deixa de nos exigir intelectualmente. Resolvemos uma boa porcentagem dos casos (porque como diz o ditado médico: o que é comum é comuníssimo) mas deixamos de salvar muitos casos que não se enquadram nas categorias diagnósticas mais comuns. Como diz um outro ditado médico: "só se acha o que se procura, só procura quem sabe e só sabe quem estuda". Portanto, os profissionais de saúde que vão trabalhar em Centros de Saúde não podem ser profissionais de segunda categoria, como normalmente é dito.

Uma das grandes diferenças que eu sentia trabalhando no Centro de Saúde de Pilõezinhos, em relação a minhas atuações anteriores em hospitais e ambulatórios, era que lá eu estava bem próximo do local de moradia dos meus pacientes. Isto pode parecer um detalhe geográfico apenas, mas não é. Entende-se muito melhor os problemas da comunidade e permite uma dimensão importante na medicina: a continuidade da atenção. O profissional não fica dependendo da ida do paciente ao serviço. Você trabalha perto de sua casa e pode visitá-lo. Sempre há vizinhos que trazem notícias e levam recados. Contra a continuidade da atenção existia a insuficiência de profissionais, principalmente médico, diante da alta demanda clínica. Eu ficava muito ocupado com a multidão de casos novos, para poder dedicar à continuidade de atenção a casos específicos e aos problemas do município. Para enfrentar esta situação, e assim não ficarmos sufocados apenas com os problemas imediatos, foram usadas duas estratégias:

a organização de um sistema de aprazamento de consultas e a progressiva delegação de algumas funções tradicionalmente executadas por médicos às auxiliares de saúde e à visitadora sanitária.

É mais fácil para um auxiliar de saúde, que vive na comunidade, acompanhar o serviço de coleta de lixo, recém implantado. Ela pode também assumir, com eficiência, o controle da medicação dos pacientes com tuberculose, o controle dos hipertensos já equilibrados, o acompanhamento da hidratação domiciliar das crianças com diarreia, o seguimento dos pacientes com patologias crônicas (entre as consultas ou depois que o tratamento foi padronizado), a busca de faltosos à vacinação e o acompanhamento da medicação e dos cuidados dos doentes que demandam maior atenção. Para isto, ajuda bastante arquivar separadamente as fichas clínicas destes pacientes necessitados de maior acompanhamento. Periodicamente as auxiliares de saúde passam os olhos nestes arquivos de casos especiais e revêem cada caso. Portanto, são grandes as potencialidades das auxiliares de saúde. Pode vislumbrá-las através da prática do Centro de Saúde de Pilõesinhos. No entanto, estas potencialidades se realizam num nível muito baixo na maioria dos serviços.

Para criar um sistema de aprazamento dos retornos às consultas médicas eficaz, basta um recurso simples, mas que eu custei a descobrir: um caderno onde são anotadas as consultas de retorno. Antes de distribuir as fichas para a consulta médica a atendente consulta o caderno e vê quantas fichas precisa deixar reservadas. Engraçado como eu passei meses querendo organizar um sistema de aprazamento de retornos e não conseguia, porque não conhecia o "macete" do caderninho. Na Escola de Medicina aprendi técnicas sofisticadas de tratamento e diagnóstico,

mas não aprendi noções básicas de organização de um serviço. E como aspecto da organização de um serviço impedem, delimitam ou abrem espaço para formas de atuação clínica junto aos pacientes!

Percebendo as repercussões destas pequenas mudanças na organização do serviço sobre a qualidade da medicina que a população recebe, comecei a divulgá-las com entusiasmo nas reuniões com os outros médicos no II Núcleo Regional de Saúde e no jornal de circulação interna que tínhamos. Hoje, quando relembro o meu entusiasmo, tenho até um pouco de vergonha. Na verdade, o espaço de liberdade que os profissionais locais têm para alterar a forma como é organizado um serviço, é muito pequeno. Cada serviço público está amarrado a decisões mais globais da política de saúde, nem sempre expressas claramente, à limitações de recursos e do tipo de profissionais contratados. Apenas pequenas reformas internas, como a criação de um caderno de aprazamento ou uma distribuição diferente das funções entre alguns profissionais, era possível. Não que eu agora negue o valor destas pequenas reformas, mas elas são muito menores do que a impossibilidade das grandes reformas necessárias. Talvez por perceberem esta realidade, a maioria dos outros profissionais resistiam em não se entusiasmarem com as reformas propostas e, conseqüentemente, não se esforçando em implementá-las. Esta atitude destes profissionais era classificada, por muitos dos planejadores da Secretaria de Saúde, e por mim também, como acomodação, falta de interesse e falta de preparo para a função. Por causa deste diagnóstico da situação, achávamos que o remédio necessário era intensificar as atividades educativas junto aos mesmos. Era preciso fazer treinamentos, divulgar e reforçar as tentativas individuais bem sucedidas, programas, reuniões para

trocas de experiências, etc.. Em suma, era preciso convertê-los. Na verdade, supervalorizávamos a educação como uma estratégia de mudança institucional. Vejo atualmente que esta visão é muito comum em todos os serviços públicos de saúde. Ela é uma visão que esconde a necessidade de reformas mais profundas. Reformas na maneira de estruturar os serviços, que são realmente necessárias se quisemos modificar a prática médica, pois mesmo a mais íntima relação entre um médico e o seu paciente, é marcada profundamente pela maneira como o serviço, onde ela acontece, está organizado. E estas reformas só serão realmente mais amplas quando a clientela destes serviços estiver organizada para amadurecê-las, em conjunto com os profissionais de saúde, e tiver força política para impô-las.

#### **h) UMA MORTE, UMA DENÚNCIA: NÓS NÃO TEMOS ACESSO A TODOS OS RECURSOS DA MEDICINA**

O Centro de Saúde de Pilõezinhos era um Serviço de Atenção Primária à Saúde, ou seja, era uma serviço de saúde junto à comunidade, para resolver os problemas menos complicados. Mas quando se fala em Atenção Primária à Saúde, pressupõe-se que haja Serviços de Atenção Secundária e Terciária, para onde se pudesse encaminhar os casos mais difíceis. Em outras palavras, era necessário que o Centro de Saúde de Pilõezinhos estivesse integrado a uma rede de serviços de saúde de complexidade crescente. Mas lá, como em quase todos os lugares do Brasil, onde a proposta de Medicina Comunitária expandiu, não existia nada organizado neste sentido. Os pacientes graves que lá apareciam e-

ram encaminhados aos dois hospitais de Guarabira, mas era um encaminhamento que valia pouco. Chegando em Guarabira, estes pacientes tinham que lutar pelo seu atendimento, como qualquer outra pessoa que aparecesse na porta do hospital.

Os casos mais difíceis que necessitavam de consultas de especialistas ou exames laboratoriais mais complicados eram encaminhados para o ambulatório do Hospital Universitário, em João Pessoa (um Serviço Terciário). A maioria dos doentes não tinha condições para isto, pois as filas eram grandes, o transporte caro, o atendimento demorado e a hospedagem em João Pessoa impossível. Muitos casos ficavam sem solução. A maioria destes casos não precisavam de ambulatório muito sofisticado e com profissionais tão especializados, como os que existiam em João Pessoa. Um bom internista e um pediatra com recursos propedêuticos básicos (radiografias simples, exames laboratoriais elementares e eletrocardiograma) resolveriam a maioria destes casos. Faltava, pois, um serviço de atenção secundária, sediado em Guarabira. Com ele haveria uma grande diminuição de custos e um grande aumento de eficiência. Os pacientes não precisariam ir a João Pessoa sobrecarregar um serviço de alto nível e caro.

Lembro-me de um paciente com insuficiência cardíaca grave e com uma arritmia (coração batendo fora do ritmo) mais grave ainda. Tentei encaminhá-lo para João Pessoa. Ele pediu emprestado um dinheirinho e foi. Mas, no Hospital Universitário, apenas marcaram para o outro dia a sua consulta com o cardiologista. Ele não tinha condições de permanecer em João Pessoa por mais tempo e voltou. Encaminhei-o para um hospital de Guarabira onde havia um eletrocardiógrafo. Ele retornou apenas com uma receita de diurético. Tinha sido examinado rapidamente. Fiz um

novo encaminhamento, agora com uma carta até emocionada ao médico plantonista. E ele voltou com nova receita de diurético, sem ter feito nenhum eletrocardiograma. Meu paciente já não agüentava mais nenhum esforço. Só queria morrer sossegado. Então eu fiz um tratamento que seria condenado por qualquer livro de medicina: comecei a tratar sua arritmia, sem saber qual arritmia ele tinha. Três dias depois ele morreu. Esta morte me abalou. Senti-me culpado por muito tempo. Aquele paciente, como muitos outros, precisava não era de um modelo de consulta educativo e conscientizador. Ele precisava era de um eletrocardiograma e de um medicamento adequado. E isto não lhe foi dado. Muitas vezes empolgamo-nos com este discurso de fazer uma medicina conscientizadora e o nosso empolgamento acaba é ajudando a esconder a negação aos trabalhadores do direito de receber uma medicina decente, na medida em que damos uma aparência de inovador e progressista a serviço da saúde, sem nenhum recurso material.

Um outro aspecto, é que eu nunca recebi nenhum relatório clínico descrevendo os exames feitos, as conclusões diagnósticas e o tratamento dos pacientes que havia encaminhado para serviços complexos, apesar de muitas vezes ter solicitado por escrito. Muitos pacientes gastavam o que não tinham para submeter-se aos exames nestes serviços e só voltavam com uma receita na mão. Acontece que o acompanhamento destes pacientes seria feito, provavelmente, até o resto de suas vidas, pelo médico local. Só mesmo os pacientes com mais recursos é que tinham condições de continuar fazendo o seu controle na Capital. E ainda assim, era um desperdício; o médico local bem orientado tem melhores condições de acompanhamento.

Isto reflete a organização global dos serviços de saú

de brasileiros: numerosas instituições atuando isoladamente e desintegradas. Cada uma delas estruturada para atender interesses de determinados grupos sociais ou econômicos.

#### i) TENTANDO REDIRECIONAR A POLÍTICA OFICIAL DE CONTROLE DA NATALIDADE

Antes do Centro de Saúde ser inaugurado em Pilõezinhos, lá já funcionava um posto de planejamento familiar. Era coordenado pela BEMFAM, instituição brasileira financiada por entidades americanas, voltadas para a implantação de um programa de controle da natalidade no Brasil. A BEMFAM fornecia anticoncepcionais para o posto e treinara uma funcionária da prefeitura para distribuí-los. Esta rede de distribuidores de anticoncepcionais existia em toda a Paraíba. Apesar da BEMFAM ter propostas de trabalho muito amplas e bonitas ("assessorar as comunidades na busca de melhor saúde, melhorar a qualidade de vida da mãe e da criança"), sua prática concreta era bem diferente. As funcionárias das prefeituras, treinadas por ela, apenas distribuem anticoncepcionais. Nenhuma das distribuidoras que conheci lembrava-se de informações seguras sobre outros métodos anticoncepcionais, sobre os problemas do uso dos anticoncepcionais e sobre suas contra-indicações. Mensalmente, passavam pelos municípios os supervisores da BEMFAM que só interessavam em saber o número de mulheres que estavam usando os anticoncepcionais e incentivar a propaganda para aumentar o seu consumo. E para não haver resistências ao programa, a BEMFAM pagava uma quantia mensal ao médico do município, cuja função era apenas assinar no



fim do mês, o mapa estatístico. Não havia nenhuma orientação real para a distribuidora encaminhar ao médico, casos que estivesse em dúvida.

Quando o Centro de Saúde de Pilõezinhos começou a funcionar, fiquei com o dilema: o que fazer com o programa da BEM-FAM? Não concordava com os seus objetivos e com a sua maneira de atuar. Mas além de não ter poder para tal, proibí-lo no Centro de Saúde não resolveria nada. A funcionária da prefeitura simplesmente continuaria a distribuir os anticoncepcionais em alguma outra repartição da prefeitura. Além do mais, algumas mulheres precisavam da medicação. Resolvi então assumir o programa.

A distribuição dos anticoncepcionais ficou a cargo das auxiliares de saúde, pois eu já estava sobrecarregado demais para assumir mais esta tarefa. Mas tentei capacitar as auxiliares de saúde para isto. Fiz apostilas sobre o assunto e realizamos várias reuniões para discutí-las. Padronizamos alguns passos do atendimento das mulheres interessadas em planejar sua família. O primeiro passo seria a discussão dos vários métodos anticoncepcionais existentes com suas vantagens, desvantagens e complicações. O segundo passo seria a explicação da maneira de usar o método escolhido e as precauções necessárias. Caso o método escolhido fosse a pílula anticoncepcional, haveria um terceiro passo em que a paciente seria submetida a uma série de exames padronizados para verificar a existência de alguma contra-indicação. Eram exames simples, como por exemplo: verificar a pressão arterial, pesquisar a presença de varizes e de icterícia, perguntar a idade e se tinha o costume de fumar, etc.. Havendo qualquer anormalidade nestes exames, a paciente seria encaminha

da para mim. E em cada vez que retornasse para pegar mais comprimidos, ela passaria por uma outra série de exames físicos e de orientações. Tudo seria anotado na ficha da paciente para que todos os membros da equipe pudessem acompanhar o que estava sendo feito. Fizemos também várias reuniões sobre esse assunto com as mães que vinham pegar os alimentos distribuídos no Posto. Sentia que a supervisora da BEMFAM não gostava muito desta rotina, pois muitas das senhoras que antes tomavam anticoncepcionais ficaram sabendo que o seu uso estava prejudicando-lhes a saúde e com isto houve uma diminuição do número de usuárias. Mas o nosso sistema continuou.

Pensei em expandir esta rotina de acompanhamento para os outros municípios da região. Fui então conversar com o Coordenador de Saúde do Estado. Ele me disse mais ou menos o seguinte:

- "Eu também não concordo com a forma de atuação da BEMFAM, mas oficialmente o Estado brasileiro não tem nenhuma política de planejamento familiar. Se você implantar esta rotina de orientação e seguimento das mães na nossa rede de Centros de Saúde, isto significará que a nossa Secretaria estará assumindo oficialmente uma política de planejamento familiar. Isto pode gerar confusões. É melhor que fique como está".

Acontece que, informalmente, o Secretário da Saúde tinha aberto os Centros de Saúde à BEMFAM. Até os pagamentos da contribuição financeira aos médicos eram feitos através da máquina administrativa da Secretaria de Saúde. Era um silêncio "oficial", escondendo uma prática de controle da natalidade, feita de forma altamente irresponsável, isto é, sem nenhum controle das complicações e das contra-indicações dos anticoncepcio -

naís. A prática concreta das instituições é muito diferente de seus discursos.

#### j) A EXIGÊNCIA DE NOVOS PAPÉIS PARA OS PROFISSIONAIS DE CENTROS DE SAÚDE

Para mim a integração com a população, que as características do Centro de Saúde de Pilõezinhos permitia, foi um ponto-chave para a maioria dos aspectos positivos da prática da nossa equipe. Se esta integração não fosse conseguida pelo menos em parte, nossa atuação seria marcada apenas pelos limites que serviços como aquele, tem no Brasil. Nós não aproveitaríamos de suas vantagens.

O fato do Centro de Saúde estar construído no meio das comunidades já é muito importante: os problemas e os acontecimentos locais são trazidos e os moradores se aproximam. Mas esta integração precisa ser também buscava pelo profissional, cultivando amizades, fazendo visitas domiciliares, participando de festejos e outros acontecimentos. É nesta convivência que se toma conhecimento dos problemas, das críticas e que surgem idéias de novas formas de atuação. Mas a Secretaria de Saúde havia contratado os profissionais de nível superior por apenas 4 horas diárias, não dando condições para que se fixassem na cidade e criassem laços de amizade com a população. O tempo de trabalho contratado era tão sobrecarregado pela demanda de atendimento clínico que, se eu não tivesse um interesse muito grande em cultivar esta integração, a minha atuação em Pilõezinhos diferenciaria muito pouco de um trabalho massificado de um grande

ambulatório, situado no centro de uma cidade grande. Este esforço extra, que alguns membros da equipe tinham, era resultado de um comprometimento político com a população e não algo planejado pelo Estado. Se o interesse das políticas de saúde fosse a saúde dos trabalhadores seria preciso planejar condições que permitissem esta integração do profissional à realidade local. Para isto seria necessário contratar profissionais em tempo integral, e em número suficiente, pagar bons salários e oferecer os recursos materiais necessários às suas atividades. Mas não há interesse político e econômico para se implantar isto nos serviços de saúde para os trabalhadores. Portanto, quem quiser buscar prestar-lhes uma medicina adequada, terá que dispender muito trabalho extra não remunerado e lutar contra todos os tipos de entraves administrativos.

Em um ambulatório comum as atividades se resumem a responder a demanda de saúde da população. O serviço tenta resolver os problemas que sua clientela traz. O ambulatório atende as necessidades sentidas, isto é, aquelas que o indivíduo se percebe como necessitando de uma atenção. Mas existem também as necessidades não sentidas de saúde, ou seja, aquelas em que os indivíduos em geral não procuram (ex.: vacinações, educação em saúde, saneamento, identificação precoce de patologias, profilaxia medicamentosa de doenças infecciosas, etc.). Como um Centro de Saúde se responsabiliza também por estas necessidades, a ação de seu médico torna-se mais complexa. Enquanto que a avaliação das ações voltadas para as necessidades sentidas se limita a perceber a satisfação ou não da demanda espontânea, a avaliação das ações voltadas para as necessidades não sentidas exige a elaboração de metas programadas numericamente para cada ação.

O médico precisa saber quantas gestantes têm em sua comunidade e quantos pré-natais necessita fazer por mês. Precisa saber quantas crianças em idade de vacinação existem e quantas doses de cada vacina tem que fazer mensalmente. Precisa ter informantes na comunidade que lhe indiquem os casos de sarampo, coqueluche ocorridos e os partos domiciliares para serem programadas ações sanitárias específicas. Para fazer isto o médico precisa ter conhecimentos de demografia e epidemiologia, que são menos importantes na prática médica tradicional. Se não os tiver, passará a ser um mero cumpridor de metas e atividades traçadas por técnicos distantes e pouco conhecedores da realidade local. O médico de um Centro de Atenção Primária à Saúde é, portanto, o planejador também. Mas para planejar é importante que existam estatísticas confiáveis de todas as atividades executadas. Só assim é possível reorientar, periodicamente, as prioridades de muitas das atividades. Mas para ter estes dados confiáveis eu tinha que estar sempre acompanhando a coleta dos mesmos e a confecção das estatísticas mensais. As auxiliares de saúde responsáveis por isto, volta e meia, cometiam erros grosseiros. Os seus treinamentos foram tão rápidos que tiveram que aprender quase tudo, neste processo de fazer e discutir.

Uma das tarefas mais desgastantes é ser o chefe de um Centro de Saúde. Não é fácil administrar a carência de recursos. Um dia é o álcool que acabou e é preciso mandar pedir ao prefeito para comprar. Outro dia é o carregamento de alimentos para a distribuição às gestantes e nutrizas que veio faltando feijão e com uma menor quantidade de açúcar, sendo, portanto, necessário recalcular a cota de cada beneficiário. Ou é a água que acabou devido a um vazamento na caixa d'água. São inúmeros os pequenos

problemas que, se não forem bem resolvidos, acabam bloqueando u ma série de atividades. Com tantos problemas e tão pouco apoio, é bem fácil acomodar e deixar as coisas caminharem apenas no que for possível. Se está faltando água, interrompe-se todas as ati vidades que exigem o seu uso e ficamos esperando até que alguém apareça para tomar providências. Assim, até diminui o nosso tra balho no posto. Afinal, o salário que é pago e o contrato de trabalho assinado não cobrem este trabalho a mais, este esforço extra, que é manter um Centro de Saúde funcionando, driblando a falta de recursos. Nos Centros de Saúde, onde o pessoal se aco modava ninguém era repreendido. A administração central da Se cretaria de Saúde nem tinha moral para exigir isto, pois lá tam bém imperava a falta de empenho. Na verdade, a qualidade da as sistência de saúde aos pobres não é uma preocupação real do go verno. Só quem sofria com isto era a população. Por ela eu me desdobrava. Conheci um chefe de Centro de Saúde com altas teori as políticas de compromisso com a classe trabalhadora, mas que deixava o seu Centro de Saúde entregue à "boa vontade da Secre taria de Saúde". Não "movia uma palha" para dinamizá-lo. Era o único serviço de saúde do município. Acho que compromisso polí tico com a classe trabalhadora passa também por esta dedicação profissional. Este meu colega me disse, certa vez, que eu, com meu esforço, estava apenas ajudando a esconder as deficiências e o descaso do governo. Pode ser. Mas acho que há outros cami nhos para denunciar isto. E o profissional que é respeitado pe la população pelo seu esforço tem muito mais espaços para fazer estas denúncias. A própria população distingue a carência de serviços do compromisso pessoal do profissionais. Não acho ser uma boa política fazer conscientização a partir de doenças e

mortes, que poderíamos ter evitado se esforçássemos um pouco mais. Mas sinto que este problema é complexo e com várias implicações. Outras dimensões desta postura serão discutidas logo abaixo, a respeito de nossa relação com o movimento popular local.

Um outro grande problema administrativo eram as constantes desavenças dentro da equipe. Nunca pensei que 8 funcionários pudessem causar tantos atritos. Só hoje consigo entender que aqueles atritos não eram apenas rixas pessoais. Uma auxiliar de saúde era filha do prefeito e representava os seus interesses. Outra auxiliar era aliada do presidente da Câmara dos Vereadores. A visitadora sanitária era uma dinâmica agente pastoral e tinha objetivos bem diferentes. A terceira auxiliar de saúde já era uma técnica de laboratório anteriormente e lutava pela sua valorização profissional. O dentista, pressionado pelo baixo salário que recebia, queria dedicar sua energia a outras formas de conseguir um melhor rendimento. E eu, melhor remunerado, por ser professor universitário, lutando para estruturar um Centro de Saúde modelo para minha vaidade pessoal e pelos meus objetivos políticos. Os interesses eram muito diferentes para que o clima fosse ameno e agradável. É impresionante como estes pequenos atritos pessoais roubam nossas energias e acabam parecendo ser o grande problema do Centro de Saúde. Ficamos perdidos nestes pequenos atritos porque não percebíamos que suas raízes estavam fora do Centro de Saúde. A equipe só se mantinha parcialmente integrada porque semanalmente fazíamos uma reunião para discutir os problemas que aconteciam, negociar as atividades futuras, cobrar compromissos anteriormente assumidos e discutir amplamente as dificuldades técnicas. Estas reuni

ões foram, por isso um importante momento educativo e um início de uma gestão administrativa participada. Eu nem podia pensar em uma administração baseada na minha autoridade e no meu poder de chefe, porque sabia que, por detrás das aparências, este poder não existia. Havia funcionários com um poder real maior do que o meu, pelas ligações com os políticos. Essa impossibilidade ajudou a conter meus impulsos autoritários, determinados pelo convencimento que tinha da justiça da proposta da Medicina Comunitária. Para mim, a maioria dos entraves que apareciam à proposta eram apenas reações de grupos reacionários, contrários aos interesses populares. Não percebia que a realidade é muito rica e cheia de outras dimensões do que minha visão técnica não enxergava. Acho esta questão muito importante, pois ela tem a ver com um tipo de autoritarismo que foi muito forte durante o período de ditadura militar e que ainda continua importante: a tecnocracia. Técnicos e cientistas, acreditando que a sua ciência e os seus projetos correspondem à verdade absoluta, assumem uma postura autoritária e fechada a outras verdades. Não percebem que a ciência e a técnica estão atravessadas pelos diferentes interesses políticos e econômicos, não existindo, portanto, a ciência pura e absoluta. Estes técnicos e cientistas acabam sendo ótimos instrumentos dos grupos políticos e econômicos, pois dão uma aparência técnica e científica às suas políticas de dominação.

Mas como eu fazia para conciliar tantas atividades administrativas com o sempre pesado atendimento médico? Não era fácil. Minha administração se dava muito através de pequenas visitas. A cada duas consultas que atendia saía rapidamente para dar uma "espiada" em um setor (vacinação, distribuição de ali -



mentos, pré-consulta, etc.). Em qualquer folga nas consultas (por exemplo: uma paciente se preparando para um exame ginecológico) eu corria até outro setor. E no final do expediente resolvíamos os problemas maiores. Com o tempo as auxiliares de saúde foram se responsabilizando por muitas das atividades. Apesar de todos os problemas, a nossa equipe foi, aos poucos, tornando-se bastante eficiente. Quando a poeira levantada pelos contínuos conflitos abaixava um pouco é que víamos como que, por meio deles ou apesar deles, íamos avançando.

#### 1) INTERAGINDO COM A COMUNIDADE

A vida social em uma cidade pequena é muito intensa, ao contrário do que parece à primeira vista. As famílias de modo algum se isolam em suas casas. A vida é muito mais em comum. A vida numa cidadezinha do interior é monótona e pacata apenas para quem fecha suas relações no pequeno grupo de pessoas da classe média e da burguesia local. Para mim, foi muito gratificante participar desta abertura social. O médico, então, é sempre bem recebido. Gostava muito de, aos domingos, ir passear de bicicleta pela cidade. A cada instante era chamado e convidado para entrar e bater um papo. Ofereciam o que tinham de melhor em casa: castanha de caju, pinga, tira-gosto de carne, milho verde, etc.. Há uma dimensão de vida e das pessoas que só se conhece através da amizade, principalmente depois de uma cervejinha. Fofocas e comentários, que nunca iria saber, brotavam nesta hora. Em muitos domingos fui com Nelsina fazer visitas a sítios de moradores mais chegados ao Centro de Saúde. Era uma

festa. Os vizinhos do sítio visitado também nos esperavam. Só nestes momentos de abertura afetiva é que conseguia penetrar mais no modo de viver dos camponeses e compreendê-los um pouco mais. Voltávamos com o carro cheio de frutas e outros produtos agrícolas. Aqueles momentos de amizade eram uma importante motivação para o nosso trabalho.

A partir desta interação, eu ia me integrando nos problemas de Pilõezinhos. Até o estar no Centro de Saúde já era uma importante forma de integração: quase todos os problemas se convergiam para lá. Em um pequeno município os acontecimentos importantes são do conhecimento de todos. Sempre se encontra com alguém que participou do acontecimento. Fica, portanto, mais fácil fazer a ligação entre os achados clínicos dos pacientes com os eventos sociais em andamento. Eu participava da globalidade da vida social. À medida em que o tempo passava, os problemas coletivos de saúde iam se apresentando e me exigindo um posicionamento. Numa pequena cidade do interior é mais difícil para o profissional de saúde viver isolado dentro do consultório. Mas a sobrecarga de trabalho no Centro de Saúde e as várias outras atividades que desenvolvia em Guarabira e na região não permitiam uma participação em muitas questões que tinham uma grande repercussão na saúde local.

O serviço de abastecimento de água era muito ruim. Houve um tempo em que a situação piorou e a Câmara dos Vereadores começou a discutir formas de melhorá-la. Ninguém tinha conhecimento técnico sobre o assunto. Mas a participação numa questão tão complexa exigia uma disponibilidade que eu não tinha.

Outra vez houve uma explosão de uma pequena fábrica doméstica de fogos de artifício. Morreram várias pessoas. Pilõe

zinhos era um produtor de fogos. Esta produção era feita nas próprias casas, sem nenhum cuidado preventivo. Volta e meia havia pequenos acidentes: queimaduras e membros decepados. Havia uma rua de casas com cobertura de palha bem próximas umas das outras. Em várias destas casas fabricavam-se fogos de artifício. Se houvesse um acidente em uma destas casas, o incêndio de propagaria facilmente para todas as casas da rua. Após o grande acidente, a população ficou apavorada. A falta de segurança ameaçava a toda a população. Era preciso estabelecer normas para a produção de fogos e mecanismo de controle. Mais uma vez não tive condições de participar. O problema foi sendo esquecido e tudo ficou como estava. A única ação técnica de alcance coletivo que ajudei a estruturar foi a coleta de lixo, que passou a ser feita com uma carroça. Era preciso um grande controle, pois, qualquer dificuldade era motivo para interrompê-la.

Há, portanto, um espaço importante de atuação junto aos problemas coletivos de saúde. Mas não vai ser com os serviços de saúde organizados como estão que este espaço vai ser preenchido. Para isto precisaria haver profissionais treinados, com disponibilidade para tal tarefa. Na Inglaterra, os Centros de Saúde que visitei tinham na sua equipe um sanitarista para coordenar a participação da equipe nestes espaços. No início eu ficava angustiado vendo estes problemas passarem sem que eu achasse uma forma de participar e interferir. Mas aqueles Centros de Saúde foram organizados para não participarem destes problemas, apesar de todos os discursos dos documentos oficiais dizerem o contrário. Eram palavras para esconder a realidade de escassez de recursos dos serviços públicos destinado aos trabalhadores.

O movimento popular em Pilõezinhos era ainda muito

fraco. As comunidades de base limitavam sua ação à organização de cultos, festejos, novenas e ajudas para alguns mais miseráveis (mutirões de construção de casas de viúvas, coleta de donativos para famílias com o pai inválido, etc.). O sindicato dos trabalhadores rurais era extremamente conciliador e tinha pouca participação dos associados. No início tive a ilusão de poder dar um forte impulso na animação do movimento popular em Pilõeszinhos. Mas não tinha forças para isto. No fundo a população preferia que eu dispendesse todo o meu tempo atendendo os seus muitos casos de doença. Afinal, eu era o único médico que aqueles 6.000 habitantes podiam contar. E como eu dependia muito da ajuda do prefeito para o Centro de Saúde funcionar, eu tinha que atuar com muito tato junto aos movimentos populares. Por isto eu preferi dedicar o meu maior tempo de atuação política junto ao Centro de Orientação dos Direitos Humanos, em outros municípios onde eu tinha uma maior liberdade de ação. Mas tentávamos organizar algumas atividades que deixassem alguma contribuição. Não sei avaliar o significado que tiveram. Quando íamos fazer uma campanha de vacinação na zona rural, apoiávamo-nos na comunidade de base local. Isto tanto aumentava a nossa eficiência, como ajudava a valorizar aquele grupo emergente. Antes do início das vacinações, sempre fazíamos uma reunião em que eram discutidos, rapidamente, alguns problemas locais.

Durante as minhas andanças pelo município, costumava levar uma máquina fotográfica. Tinha, pois, uma série de slides sobre problemas do município e da região. De vez em quando, convocava o povo para sessões de slides, durante as quais eram discutidos os problemas através de um auto-falante. Procurava as lideranças das comunidades eclesiais de base, colocando-me à

disposição para reuniões nos sítios. Mas era pouco chamado, possivelmente porque as discussões eram ainda muito presas à questão religiosa. Uma outra hipótese é que, talvez, a minha fala não tocasse as necessidades dos grupos.

Participei de várias reuniões do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Sentia que a minha participação em suas promoções ajudava a divulgá-las e ao mesmo tempo era uma forma de contrapor as idéias de conciliação do seu presidente. Ao aproximar uma eleição sindical, tentei articular uma chapa de oposição. Mas, tinha pouco conhecimento das lideranças. E percebi que muito do comodismo e da falta de combatividade do então presidente era apenas reflexo do nível de amadurecimento político dos agricultores do município. Pilõezinhos, talvez por seu relevo bastante montanhoso, que dificultava a mecanização do cultivo, era um dos municípios da região onde tinha havido uma menor penetração das empresas agrícolas. A maioria dos camponeses eram ainda pequenos proprietários, arrendatários e parceiros (agricultores que cultivavam em terras de grandes proprietários, em troca de um aluguel ou da entrega de parte da produção). Eles ainda não tinham sido tão duramente marcados e unidos pelas contradições do capitalismo.

Esta pequena força do movimento popular no município marcou muito a qualidade da assistência médica no Centro de Saúde. A busca da construção de um serviço apropriado aos seus trabalhadores dependia apenas do limitado empenho de sua equipe. É muito diferente de muitos outros lugares onde tenho visto que as associações de moradores, os sindicatos e os conselhos populares de saúde assumiram uma grande parcela do controle do serviço local de saúde. Esta situação criou um problema. A popula-

ção notava o meu empenho e de alguns membros da equipe em melhorar cada vez mais e começaram por isto a nos mistificar. A nossa imagem de pessoas "do lado da pobreza" fazia com que muitas vissem o que era feito no Centro de Saúde como fruto de nossas "almas caridosas" e não como direitos que tinham. Isto impedia que as reclamações e as reivindicações aflorassem, com medo que elas nos magoassem. E eu pessoalmente não era imune a estes elogios constantes e esta admiração: isto estimulava mais as minhas vaidades inconscientes, que se agigantavam e não me deixavam mais me manter natural e tranqüilo nos relacionamentos.

Mas nem tudo era admiração. Havia atritos e mal-entendidos. Fiquei sabendo de muitos comentários e até uma certa raiva coletiva porque eu fazia freqüentes exames ginecológicos nas senhoras. Achavam que eu poderia ter algum interesse sexual em fazê-los. Afinal não estavam acostumados a ver este exame sendo feito nos postos médicos que conheciam onde, em geral, os médicos nem tocavam nos pacientes. Mas com o tempo isto passou. Alterações que fazíamos na maneira de distribuir as fichas para a consulta médica ou para o dentista, etc., muitas vezes causavam protestos que quase sempre chegavam até nós, através de fofocas que as auxiliares de saúde ouviam nas ruas e nas conversas com vizinhos. Eram comuns comentários sobre a forma de trabalhar de cada um dos funcionários. A primeira reação que tínhamos ao ouvir estes comentários era uma certa raiva, pois eles vinham impregnados de uma certa incompreensão e de agressividade, que chocavam com nosso esforço. Mas por trás desta incompreensão e agressividade, havia razões concretas ou, pelo menos, mal-entendidos que precisavam ser superados. Passamos a procurar prestar mais atenção nestas fofocas e discutí-las na nossa reunião sema

ter com seu posto rural de saúde no povoado de Amarelhinha, a Sucam com sua campanha de combate à esquistossomose e à malária e a BEMFAM. A palavra integração traz uma idéia de harmonia. De forma alguma havia esta harmonia na integração que tentamos fazer. Cada instituição representava interesses e propostas diferentes e seus cargos estavam ocupados por pessoas de diferentes formações e diferentes posturas políticas. Por que de repente estas instituições iriam começar a harmonizar suas propostas? A integração parcial que conseguimos entre várias destas instituições foi, em muito, sustentada no conflito, como foi o caso da BEMFAM, que já narrei.

De todas as instituições, a prefeitura é a mais importante para esta integração. Numa pequena cidade sua ação está presente em todos os setores, ao contrário das grandes cidades, onde há instituições próprias para cuidar de cada problema urbano (abastecimento de água, iluminação pública, educação, obras de saneamento, etc.). Ela era muito importante para o funcionamento do Centro de Saúde, pois nos fornecia transporte para a zona rural e funcionários para algumas atividades, comprava alguns materiais importantes que a Secretaria de Saúde não enviava, mantinha os estagiários da Universidade, consertava o prédio do Centro, etc.. Em Pilõezinhos, como em muitas outras pequenas cidades, a prefeitura quase que se resumia na pessoa do prefeito. Meu relacionamento com ele era digno de um capítulo deste livro. No dia em que eu fui nomeado médico de Pilõezinhos ele me chamou para dar uma volta no município. Fui animado. Mas o que ele fez, foi sair me apresentando para as várias pequenas lideranças políticas de todo o município, como o novo médico que ele trouxera para Pilõezinhos. Tive que engolir calado aque

la propaganda política nas minhas costas. Mas aos pouquinhos , fui tentando marcar o meu espaço de autonomia. Volta e meia ele chegava no Centro de Saúde com alguns eleitores importantes, su gerindo que eu os atendesse na frente dos outros pacientes. Com muito jeitinho explicava que não era bom criar atritos e que e- ra melhor atendê-los depois. À medida em que eu ia sendo conhe- cido e respeitado pela população, ia podendo ampliar o meu espa- ço de autonomia e passei a ter uma autoridade para interferir na maneira como ele usava os recursos municipais para a saúde . Este recursos eram quase todos gastos com o pagamento de remé - dios, receitados aos seus eleitores mais chegados e com gasoli- na para transportar doentes da zona rural para o Centro de Saú- de e, de Pilõezinhos para João Pessoa e Guarabira. Organizamos as viagens da ambulância, estabelecendo critérios para o seu u- so. Minha luta era para que ele ajudasse na compra de materiais que a Secretaria de Saúde enviava com irregularidade ou escas - sez (álcool, esparadrapo, agulhas de injeção, material de limpe za, material de laboratório), para que apoiasse as campanhas de vacinação e para que se comprometesse com algumas ações de sane amento (coleta de lixo, cloração da água encanada, etc.). Estas coisas não eram tão rentáveis eleitoralmente. Havia, portanto , um constante jogo entre nós: ele escondendo os recursos disponí veis e me pressionando para atender seus interesses e eu reivin dicando mais recursos para o Centro de Saúde. Era, no entanto, importante manter o nosso relacionamento em um nível razoável . Na maior parte do tempo conseguimos ser amáveis um com o outro. Pelo menos aparentemente.

Porém, na medida em que o meu prestígio aumentava e que o meu trabalho ficava mais autônomo, comecei a notar uma pro



gressiva restrição do seu apoio: relutava em fornecer transporte para a zona rural e em ajudar na compra de materiais de consumo para o Centro de Saúde. Algumas pessoas do município comentavam que ele estava com medo de que eu transformasse em um concorrente nas próximas eleições. Por fim ele não quis mais financiar a estadia dos alunos da Universidade em Pilõezinhos e eu tive que me transferir de lá. Não tinha cabimento eu, como professor, ficar atuando em um município onde não havia estagiários.

Mesmo com estas dificuldades conseguimos fazer algumas promoções conjuntas. Criamos um consórcio de filtros (baseado no modelo do consórcio de automóveis). Fazíamos freqüentes visitas à zona rural para campanhas de vacinação e consulta a pacientes que não podiam se deslocar. Foi feito um curso para as parceiras da região. Começamos um curso sobre problemas de saúde para as professoras leigas da rede de escolas municipais. Este curso teve uma freqüência muito baixa, em grande parte, devido à falta de motivação das professoras pelo baixo salário que recebiam (cerca de 1/10 do salário mínimo). Foi implantada uma rotina mensal de bochecho com solução fluorada nos vários grupos escolares. Infelizmente a inconstância no fornecimento de alguns materiais básicos (agulhas para vacinação, flúor, etc.), a dificuldade em conseguir transporte e a grande pressão da demanda clínica no Centro de Saúde a consumir nossas energias fez com que a maioria destes acontecimentos não tivesse continuidade. Chocava-nos ver como no meio de tanta carência a Secretaria de Saúde ainda abria novos postos de saúde e contratava novos funcionários para atuarem em João Pessoa (lá existiam Centros de Saúde com 20 médicos e 16 bioquímicos). A prioridade da Secretaria de Saúde era inaugurar novos Centros de Saúde com grandes comemorações

e muitos discursos e contratar, principalmente nas cidades mais centrais, grande número de funcionários (em geral com baixos salários). Depois estes serviços ficavam "entregues às moscas" , por falta de recursos para manutenção e pela falta de apoio aos novos funcionários. Isto acontecia porque o seu objetivo básico era manter a aparência de que o Estado era dinâmico e a serviço de todos e assim ajudar a esconder a situação de exploração econômica em que a maioria da população se encontrava.

**n) "AQUI EU NÃO TENHO NADA PARA FAZER"**

Pilõezinhos era uma das cidades que recebia os estagiários dos cursos de medicina, odontologia, bioquímica, nutrição e enfermagem da Universidade da Paraíba. Eram alunos do último ano de seus cursos. Havia uma grande irregularidade na vinda destes estagiários. Em alguns meses vinham três, em outros meses apenas um. Havia meses em que nenhum era enviado. Além disto, variavam as profissões. Nunca podíamos prever com quantos e com quais profissionais íamos contar no próximo mês. Era, pois, impossível planejar qualquer atividade contando com eles. O prefeito, que financiava a alimentação e a estadia, ficava bravo com a pequena produtividade do trabalho dos estagiários. Esta irregularidade era uma estratégia de boicote por parte da Coordenação do Estágio Rural Integrado à nossa proposta de organizar o estágio dentro da proposta da Medicina Comunitária. Mas em parte significava, também, que havia insatisfação por parte dos estagiários, pois se todos os que vinham ficassem empolgados , com certeza, haveria uma pressão que a Coordenação em João Pes-

soa não poderia resistir.

Impressionava-nos muito como aqueles alunos, frutos finais dos currículos dos cursos da UFPb, não estavam preparados para a atuação em Centros de Saúde. Era comum ouvirmos esta afirmação:

- "Aqui eu não tenho nada para fazer, pois não existem recursos".

Aquelas afirmações me chocavam, pois eu vivia angustiado com minha falta de tempo para atuar nas várias frentes de trabalho existentes. Naque época, acreditava que esta situação se dava basicamente devido ao fato da Universidade estar preparando os seus alunos para uma atuação em grandes hospitais e em consultório com sofisticados recursos de diagnóstico e tratamento. Os alunos teriam dificuldades de ver formas de adequar os seus conhecimentos e as suas práticas à realidade dos serviços de saúde destinados à classe trabalhadora. Isto era uma verdade, mas havia outras razões.

Conheci há pouco tempo um Secretário de Saúde em Minas Gerais, que dizia sempre que os melhores médicos para serem contratados pelo Estado, para atuarem nos Centros de Saúde, eram os "ex-alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, que tinha feito uma grande reforma em seu currículo para torná-lo mais adequado às condições de trabalho oferecidas pelo Estado". Quando ouvi isto, eu me questionei: "será que eu caí no jogo dos 'homens' e apenas lutei para adaptar aqueles futuros profissionais à precariedade planejada dos Centros de Saúde, ajudando a evitar a necessidade de uma mudança maior?" Este foi um risco que corri. Mas aqueles Centros de Saúde não haviam sido um presente-surpresa que o Estado concedera aos tra

balhadores. Eles eram resultado de um movimento nacional de lutas e reivindicações. Este movimento não parara. As tentativas de melhorar os Centros de Saúde significavam também uma valorização do que foi conquistado. E os trabalhadores têm condições de lutar por melhorias e por aumento dos recursos. Porém, a definição de quais são estas melhorias e de como aplicar os recursos obtidos só é possível se houver profissionais de saúde competentes e comprometidos, atuando nos espaços de assistência médica já conquistados e que reflitam, pesquisem e assim, no diálogo, ajudem a clarear os reais entraves e os novos caminhos para os quais a classe trabalhadora tentará direcionar os seus serviços. Os médicos, enfermeiras, dentistas, bioquímicos, auxiliares de saúde, engajados no processo de construção de uma medicina mais apropriada aos trabalhadores, em alguns dos Centros de Saúde deste Brasil, na medida em que localizam os limites da atual organização dos serviços de saúde e descobrem novos caminhos potenciais para reestruturá-los, vão podendo clarear, para os movimentos populares dos vários bairros e dos vários municípios, o sentido de suas lutas reivindicatórias. Além disto podem ir fazendo pequenas mudanças e pequenos remanejamentos, já possíveis, nos serviços de saúde já conquistados, de modo a ir redefinindo, a nível local, as políticas oficiais de saúde. Para cumprir esta estratégia de mudança não precisamos de profissionais que apenas saibam "quebrar o galho" na precariedade e na folga dos atuais Centros de Saúde. Precisamos, sim, de técnicos que saibam partir desta limitação de recursos, deste ponto de largada, para construir uma medicina mais eficiente num processo, ao mesmo tempo político e científico. Os Centros de Saúde representavam, nesta perspectiva, os espaços já conquistados on

de se travava uma parcela importante da luta pela construção de uma medicina mais apropriada aos trabalhadores.

Infelizmente não tinha isto muito claro naquela época. Por muitas vezes fiquei mais foi tentando convencer os estagiários das "virtudes daquela medicina pobre, daquela medicina despojada das 'impurezas' da sofisticação tecnológica e das empresas multinacionais". Lembro-me de alunos que eu classifiquei como reacionários porque continuavam insistindo que aquela era uma medicina porca. Lembro-me também que em uma discussão com estagiários de odontologia "relutantes", contei que durante a guerrilha do Araguaia alguns guerrilheiros aprenderam a fazer tratamento de canal usando espinhos de plantas locais como instrumental (história que ouvi de uma ex-participante) e que isto mostrava como a criatividade podia superar as limitações de recursos. O Delfim Neto iria sorrir de satisfação se tivesse ouvido isto. O que eu não falei foi que aqueles guerrilheiro utilizaram esta "criatividade" porque estavam em guerra e não tinham nenhum outro recurso. Hoje, com certeza, os poucos sobreviventes devem procurar os melhores dentistas que puderem pagar, para fazer os seus tratamentos de canal. Se hoje pudesse voltar a conversar com aqueles estagiários eu diria que a medicina daqueles Centros de Saúde era uma medicina com muita coisa porca sim, mas era a única que aquela população contava. Além disto carregava também muitos elementos positivos, pois era também resultado de conquistas políticas e científicas, de grupos sociais de vários países. Por isto, nossa obrigação de profissionais, pagos com os impostos públicos, era melhorá-la com toda a nossa criatividade, numa atuação que não limitasse a criar apenas pequenas adaptações e pequenos "quebra-galhos", mas que antes de

tudo fosse uma ação engajada neste processo social, que já está acontecendo, de conquista de uma medicina apropriada à classe trabalhadora. Diria também que a medicina que eles aprenderam na escola como a correta, na verdade também não é tão correta assim: ela também tem muito de "porcaria", pois está amarrada a interesses econômicos de grandes empresas produtoras de medicamentos e aparelhos médicos e de empresas prestadoras de serviços médicos, cujo maior objetivo é o lucro. Por isto a medicina, que aos poucos ia surgindo em alguns serviços de Medicina Comunitária, tinha também muito o que questionar a medicina dos mais sofisticados hospitais e clínicas.

Neste sentido, a prioridade de ensino para futuros profissionais de Centros de Saúde vai muito mais além, é muito mais global do que apenas ensinar uma série de técnicas simplificadas. Sem dúvida, este era um objetivo amplo demais para ser conseguido em apenas um mês de estágio. Ainda mais que o acompanhamento que eu podia dar era muito precário, devido à sobrecarga de trabalho em que eu vivia. Mas a novidade e a força da realidade (institucional e popular) que aqueles alunos encontraram em Pilõezinhos foi, por si, um grande mestre. Para muitos, foi uma experiência marcante. E eles também deixaram muitas contribuições ao Centro de Saúde. Os estudantes perguntam, criticam, cobram, motivam e animam. Eles ajudaram no aperfeiçoamento das rotinas de trabalho, na complementação do treinamento das auxiliares de saúde e ainda promoveram várias atividades junto à população (cursos de primeiros socorros para jovens, campanhas de vacinação, cursos de saúde junto aos escolares, etc.).

## o) UMA AVALIAÇÃO FINAL

Hoje eu avalio que a minha atuação no Centro de Saúde de Pilõezinhos significou, ao mesmo tempo, uma frustração e uma conquista. Uma frustração de tantos sonhos de colocar em prática todas as idéias que eu tinha de proposta de Medicina Comunitária. Fui percebendo que a nossa prática estava amarrada em um emaranhado de fatores políticos, econômicos e culturais que eram muito mais fortes do que nós. Fatores que, no fundo, refletiam a maneira capitalista de organização da sociedade. A atuação da equipe dependia de autorizações e de apoios econômicos de várias instituições, cujos objetivos primeiros eram a manutenção desta lógica capitalista. Se tentássemos romper com estas amarras, o nosso trabalho se esvaziaria por mil mecanismos de controle. Até os próprios trabalhadores, que eram o nosso objetivo e os nossos aliados, também tinham o seu espaço de atuação, de organização e de manifestação também amarrado pelos mesmos fatores.

Mas dentro deste espaço demarcado, o Centro de Saúde de Pilõezinhos foi também uma conquista. Primeiro, porque este espaço já era, em si, também uma conquista de movimentos políticos e científicos anteriores e, portanto, a sua ocupação já foi um avanço. Em segundo lugar, porque foi possível aumentar um pouco este espaço através de lutas. A maneira carinhosa com que a maioria da população nos tratava e os constantes depoimentos dos usuários dão-me uma tranqüilidade para afirmar que o Centro de Saúde significou uma melhoria na assistência de saúde à população. Impresionava-me, por ter me formado médico em um serviço sofisticado como o Hospital das Clínicas da UFMG, como uma porcentagem significativa dos problemas médicos mais comuns podiam

ser resolvidos com aquelas técnicas simples e, mesmo, marcadas pela falta de recursos. Mais de 80% das crianças eram vacinadas com todas as vacinas importantes, já descobertas. Mais de 80% das gestantes passavam pelo pré-natal. E, comparando com os serviços médicos que até então aquela população tinha tido acesso, não tenho dúvidas de que houve uma melhora significativa da qualidade, na maneira como cada atendimento era realizado.

Mas é preciso deixar claro que certos avanços ocorreram, em grande parte, por uma dedicação, um esforço-extra e um engajamento político de alguns dos membros da equipe. Houve muito trabalho extra, muita estratégia de luta, muito esforço para superar os entraves que a instituição colocava. Tanto assim que, na maioria dos outros Centros de Saúde, a melhora foi muito menor. O apenas deixar acontecer o projeto de Medicina Comunitária do Governo, levaria a um Centro de Saúde oco. Além disso, o Centro de Saúde de Pilõezinhos tinha um suporte material especial que era maior do que os outros Centros de Saúde. Eu, o seu médico e seu chefe, recebia um salário muito maior que os outros médicos, por ser professor universitário. E contávamos com os estagiários que não deixavam de ser um acréscimo aos recursos humanos existentes. De modo algum me disponho a trabalhar como trabalhei em Pilõezinhos, com o salário que é pago atualmente aos médicos do P.I.A.S.S. (está abaixo do salário mínimo, estabelecido por lei para os médicos).

Mesmo tendo sido desta maneira, acho que foi possível perceber que muitas características operacionais da proposta de Medicina Comunitária que experimentamos em Pilõezinhos, parcial e precariamente, em Pilõezinhos são válidas, ou seja:



1. Ampliação do interesse da medicina tradicional, voltada apenas para o paciente individual, para uma preocupação com os problemas de saúde da coletividade.
2. Integração, em um mesmo serviço e na prática de cada profissional de atividades curativas, preventivas e de promoção de saúde.
3. Planejamento regionalizado.
4. Prioridade na construção de Centros de Saúde nas periferias de cidades maiores e nas pequenas cidades, apoiados por serviços de saúde mais complexos, para onde se possa encaminhar os pacientes mais graves e mais difíceis.
5. Utilização de tecnologias apropriadas às condições de vida dos trabalhadores.
6. Integração com a medicina popular.
7. Trabalho em equipe, com ênfase na utilização de pessoal treinado da própria comunidade.
8. Participação comunitária.

Apesar dos elementos positivos de todo o esforço da equipe, nós conseguimos uma modificação muito pequena das condições de saúde da população, pois a fábrica de doenças: a estru-

tura econômica injusta, não foi modificada em nada. A Medicina Comunitária não era revolucionária. Não o era, não apenas pelos entraves institucionais e pelo controle e corrupção da classe política. Mesmo que estes limites não existissem, ela continuaria não sendo revolucionária, pois a maneira como a sociedade está organizada se sustenta em outros pilares, alguns deles bastante sólidos. A medicina é apenas uma das instâncias onde as contradições de nossa sociedade se mostram. Sinto que o importante é perceber que esta sociedade não está parada, e sim, em movimento. Um movimento causado pelo desconforto de suas contradições. A prática médica é apenas um momento, não central, deste movimento. Como cada um dos outros momentos e das outras instâncias, é também muito importante e até mesmo fundamental, se estamos pensando numa transformação global da sociedade.

O ter sido médico do Centro de Saúde de Pilõezinhos foi muito gratificante. Aprendi muito, pois a medicina é um canal muito forte de acesso à realidade. O Centro de Saúde de Pilõezinhos, com a sua falta de recursos, com a sua pequena equipe e funcionando misturada na vida daquele povo, deixava-nos expostos, desnudados de proteções institucionais, diante dos problemas concretos de saúde do município. Esta carência, esta desproteção foi também nossa riqueza. Nossa prática e nossa imaginação tinham que estar constantemente voltadas para enfrentar as mais variadas situações que a população nos trazia sem bater na porta ou pedir licença. Foi muito diferente da minha experiência trabalhando como médico residente em grandes hospitais, onde os problemas de saúde das pessoas chegavam, até aos profissionais, enquadrados nas rotinas da instituição e já "filtrados e perfumados" pela ação de múltiplos outros profissionais. Para

cada profissional cabia a atuação apenas em uma parte pequena dos problemas. Era mais difícil compreender a sua globalidade. Era preciso um grande esforço para não esquecer que o nosso com promisso maior era com a saúde da população, ou para que não nos desanimássemos com a inércia e a lentidão do Hospital em incorporar pequenas mudanças. Em Pilõezinhos, ao contrário, os nos - sos poucos braços e a nossa vontade eram fundamentais. Ter sido tão significativo para tante gente foi uma grande realização pessoal.

Isto, por outro lado, refletia uma situação daquela é poca. O movimento popular, que tinha sido reprimido pela ditadu ra militar, ainda não tinha se reorganizado e crescido, a ponto de tomar a frente deste processo de construção de um serviço de saúde mais apropriado aos trabalhadores. Por isto este processo ficava muito na dependência de um comprometimento dos profissio nais de saúde, principalmente em municípios como Pilõezinhos , onde o processo de modernização capitalista da produção não ti - nha penetrado com toda a sua força, trazendo junto suas contra - dições e transformando os trabalhadores em uma classe. Hoje são muito comuns os locais onde as associações de moradores, os sin dicatos de trabalhadores ou as comunidades eclesiais de base a sumem uma parte importante do controle dos seus serviços de sa - úde. Nestes lugares, acontecem, então, importantes mudanças on - de a participação dos profissionais de saúde continuam sendo im portantes, mas não tão fundamental. Nem por isto estes serviços deixaram de ser lugares de intensa realização pessoal para seus profissionais, apesar do trabalho ter se tornado um pouco mais complicado e exigente de constantes negociações.

E na medida em que o movimento popular e a sociedade

civil organizada souber impor ao Estado parte de seus interesses, as políticas oficiais de saúde também tenderão a incorporar mais elementos de uma prática médica mais apropriada aos trabalhadores, ajudando assim, a tornar a atuação do profissional de saúde menos central, neste processo de mudança.

## CAPÍTULO VII

RÁDIO, UM CANAL DE INTERAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL  
DE SAÚDE E A POPULAÇÃO

Não fazia nem um ano que eu estava em Guarabira e fui, juntamente com outros membros do Centro de Orientação dos Direitos Humanos, participar de um encontro sobre Educação Política em Garanhuns; Pernambuco. Um encontro para agentes da pastoral, promovido pela Igreja do Nordeste. Estes encontros, que em geral ocorrem nos fins de semana, principalmente quando há um "feriado emendado", são muito comuns. Aprendi muito neles. Mesmo que o tema básico fosse tratado com pobreza, os bate-papos paralelos, as articulações, as trocas de experiências eram quase sempre muito ricas. Neste encontro, tive a oportunidade de conhecer uma religiosa que trabalhava através de um programa de rádio. Ela dizia:

Aqui em Garanhuns a repressão política sobre o trabalho da Igreja é muito grande. Por isso nós podemos falar de muito pouca coisa no rádio. Mas no programa de rádio que eu coordeno, tenho usado uma estratégia para superar este limite. Faço um programa no fim de semana só de orações. Mas quem vem fazer as orações são as comunidades que já estão organizadas. Cada semana é uma comunidade que se prepara e vem fazer o programa. A participação destas comunidades no rádio tem contribuído para que elas fiquem mais animadas e mais organizadas. Muitas lideranças têm crescido. As pessoas se sentem valorizadas em ouvirem a voz dos membros de sua Comunidade de Base no rádio. E como as orações são pensadas

por eles em cima de suas realidades de povo oprimido, esta realidade e esta opressão ficaram estampadas no programa, mas de uma maneira tão sincera e religiosa que se torna difícil censurar, ou mesmo perceber a sua dimensão política. Além disto, com o programa, está se criando uma grande articulação entre os vários grupos comunitários.

Esta conversa, no meio de muitas outras, me tocou. Mas foi apenas uma conversa. Retornamos à Guarabira e a rotina de trabalho recomeçou.

Algum tempo depois fiquei sabendo que seria inaugurada uma rádio em Guarabira, a qual seria particular e pertenceria a quatro empresários tradicionais. A lembrança da experiência de Garanhuns me ocorreu e então pensei porque não fazer um programa de rádio sobre saúde. Nelsina apoiou. Com muito medo de ser considerada uma brincadeira irresponsável, fiz a proposta à equipe do II Núcleo Regional de Saúde. Pelo caráter dos dirigentes da rádio, a única chance de se conseguir o espaço que pretendíamos, seria fazer uma proposta a partir de um órgão oficial. O pessoal do II NRS achou graça da idéia. Não acreditaram, mas também não disseram não. Por esta abertura, articulamos com a direção de rádio e conseguimos o nosso horário. Apenas 15 minutos, uma vez por semana. Não acreditaram que tivéssemos assunto para mais tempo. Bendita iniciativa! Foi por aí que começou a nossa mais rica experiência de vida e de trabalho. A partir do trabalho no rádio a nossa vida como agentes de pastoral, supervisores de saúde pública, médico e moradores da região ganharia uma nova dimensão. E tudo começou com uma idéia, com um exemplo que aprendemos, ao sair de nossa rotina de trabalho de profissionais de saúde. Como é fundamental se misturar, se integrar em outros espaços de prá-

tica social!

A Rádio Cultura de Guarabira, que entrou em funcionamento em novembro de 1979, teve um grande papel na dinamização cultural da vida do Brejo Paraibano. Lá, anteriormente, eram sintonizadas várias outras rádios de regiões mais distantes, mas o som era fraco e a programação pouco dizia da vida da região. De repente chega a Rádio Cultura, com um som de boa qualidade e uma programação adaptada. Sua audiência era total. Passou a centralizar a vida cultural da região: o futebol local se organizou e ganhou prestígio com a sua cobertura; nasceu o carnaval de rua, com as promoções que o rádio realizava; as notícias dos vários municípios passaram a ser do conhecimento de toda a região; a Igreja e suas comunidades de base ganharam uma penetração maior ainda; o Brejo avançou na sua identidade. Impressionante! Nunca imaginara que uma rádio pudesse ter um papel tão forte. Foi nesta onda que o nosso programa se firmou.

Tínhamos também uma novidade: se o fato de atuarmos em tantas frentes de trabalho nos impedia de aprofundar em um dado setor e nos deixava sempre sobrecarregados, de outro lado, nos permitia um contato com realidades múltiplas. Possuíamos informações que poucos tinham. A minha formação como médico, relativamente sólida, o nosso contato com a vida por dentro da administração estatal, pelo trabalho que exercíamos na Secretaria de Saúde, passados pelo filtro do contato com a vida do povo e de suas necessidades, que conseguíamos através do bairro popular onde morávamos, das comunidades de base e sindicatos onde atuávamos e do consultório médico, nos deram uma base muito importante. Toda esta vivência era refletida sob as luzes das propostas de educação popular que ainda gestavam no meio daquela Igreja de resis -

tência à opressão, onde nos inserimos.

O nosso programa logo passou a ser um dos momentos de maior audiência da Rádio Cultura de Guarabira e um dos que causavam maior polêmica. Para ilustrar, eis uma das cartas que recebemos, escrita por um rapaz:

Prezado Doutor Saúde,  
a finalidade desta cartinha é para elogiar mais uma vez o seu programa, pois graças a ele o povo vem aprendendo mais alguma coisa em sua vida. Eu estou todos os sábados no pé do receptor para ou ví-lo a aplaudí-lo com muito entusiasmo porque este é um bom programa. Eu venho aprendendo muita coisa que ainda não sabia.  
Sábado, o senhor estava falando sobre sexo. Eu gostei muito porque ainda não tinha ouvido falar. Eu tenho 20 anos, mas ainda não tive oportunidade de ouvir falar em sexo. Eu acho que é uma coisa muito importante na nossa vida. Aqui na comunidade onde eu moro, ninguém fala nestas coisas, para ninguém ouvir. E quando fala, é escondido mais do que tudo. Às vezes, quando aparece alguma pessoa falando em qualquer coisa, o povo tapa os ouvidos para não ouvir, porque é coisa feia. Aqui onde moro ninguém es cuta o seu programa para não ficar sabido, pois os pais não deixam. Na minha casa mesmo, os meus pais desligam o rádio, mas eu vou por trás e escuto bem baixinho, mas com medo deles. Eu gostaria que o senhor falasse bem prático para o povo deixar essas ig norâncias de mão, porque acho que isso é uma das mai ores ignorâncias do povo.  
Eu tenho 20 anos e nunca arrumei sequer uma namorada, com vergonha de meus pais, porque eles são chei os de complexos com nós. Eles nos criaram de casa para o trabalho para não aprender coisas imorais com ninguém.

.....



Olhe Doutor, eu nunca tive amigo na minha vida, que os meus pais não querem. Os nossos amigos são os nossos irmãos. Entre tudo são 9 rapazes e moças. Nós não sabemos nada desse mundo. Eu sinto muitas tristezas por levar uma vida como essa, tão atribulada e sem ter liberdade. Não arrumo amigos nem na morada porque sinto inferior a todo mundo, com essa minha educação prisioneira. Eu vejo gente mais nova que é tão cheia de aventuras. Veja: eu sou um rapaz cheio de problemas com a saúde. O povo diz que é porque eu não tenho relações com mulher. É verdade, doutor?

Mas ao mesmo tempo recebíamos cartas como esta:

Paz e bem!

Os alunos do Grupo Escolar João Constantino de Pilões zinhos parabenizam o Doutor Saúde com estes versos:

A lua de tão alta não deixa de iluminar

As palavras do Dr. Saúde não deixo de escutar.

\*\*\*\*\*

Do jardim eu quero a rosa

Da rosa quero o botão

Do botão eu quero o cheiro

Do Doutor Saúde o coração.

e mais três outros versinhos.

O nosso programa "A Hora da Saúde", logo foi ampliado para meia hora, no sábado à tardinha, quando a maioria dos agricultores está em casa. Conseguimos que uma firma comercial patrocinasse o nosso horário, transmitindo assim alguns comerciais de uma loja de eletrodomésticos. O fato do programa ser pago, ou seja, lucrativo para a rádio, nos deu uma grande estabilidade. Não era qualquer crítica ou pressão política que seria capaz de fa-

zer o nosso programa ser suspenso pela direção da rádio.

**a) UM MÉTODO: PARTIR DE PROBLEMAS COLOCADOS PELAS PESSOAS OU PELAS COMUNIDADES**

Uma das coisas mais claras para nós dois é que não queríamos repetir o que víamos nos trabalhos de educação em saúde que conhecíamos: palestras e conselhos que, no fundo, eram tentativas de imposição de comportamentos pensados por técnicos de classe média, que pouco compreendiam da dinâmica da vida das classes populares. Queríamos que as reflexões sobre saúde, colocadas no programa, fossem algo assentado sobre a realidade que o povo vive e de acordo com os seus interesses. Querer é fácil, o difícil era conseguir. Afinal éramos pessoas de outra classe e que, só agora, estávamos mergulhando com maior intensidade nas suas vidas. A ciência que trazíamos, e que era a riqueza que tínhamos para eles, estava impregnada de interesses opostos aos deles e de visões deturpadas de suas vidas. As respostas a este problema só fomos encontrando ao longo do tempo. Como diz o verso:

"Caminheiros, não há caminhos.

O caminho se faz ao caminhar".

Esta contradição entre o que queríamos e o que podíamos fazer se manifestou logo. Um exemplo foi a escolha do "nome artístico". Logo que encaminhamos as providências para conseguir o programa de rádio, começamos a escutar rumores de que o nosso interesse era a divulgação do nosso nome... (para depois criar uma clínica particular?). Ficamos com medo de que outros profissionais do II Núcleo Regional de Saúde começassem a se interes-

sar em fazer o programa com estas finalidades. Percebemos que o programa não teria futuro se tivéssemos que ficar discutindo com os outros da equipe os assuntos e a maneira de fazê-lo. Propusemos, então, que as pessoas que fossem fazer o programa de rádio, não explicitassem o seu nome. Haveria um "nome artístico". Acho que foi uma boa idéia. O pessoal logo percebeu que fazer o programa dava muito trabalho e não significaria prestígio pessoal. Ficamos sozinhos. Mas que nome assumiríamos? Baseado num seriado americano: "Papai Sabe Tudo", escolhemos o nosso nome — Doutor e Doutora Sabe Tudo. Um nome que inconscientemente dizia de uma tendência nossa de achar a nossa "verdade científica" como a verdade total. Um dia recebemos uma carta com os seguintes versos:

Senhor doutor sabe tudo  
Lhe escrevemos com razão  
pois o senhor sabe tudo  
não deixa uma só questão  
agora com muito gosto  
faça esta divulgação.

Sabemos que Sabe Tudo  
Gosta de aconselhar  
as pessoas para o médico  
mesmo sem doente estar.  
Mas há coisas por aí  
que só se a situação melhorar.

De que serve ir ao médico  
somente para andar  
Se para conseguir uma ficha  
é preciso madrugar.  
Se dá três, quatro viagens  
Sem nada se arranjar.

De que serve ir ao médico  
Se é só para ouvir falar  
E nos dar um papel riscado  
Sem nós podermos comprar  
O remédio que nos cura  
e nos faz melhorar?

De que serve ir ao médico  
sem um exame fazer.  
Tem posto médico por aí  
que não faz nem atender.  
Ou vamos para os curandeiros  
ou fazer chá para beber.

O povo de hoje em dia  
só vive em médico a falar.  
Eu não marcho para isto,  
deixa este povo para lá.  
Se é de ir para estes médicos,  
Eu vou é prá Genivar. (Seu Genival é um farmacêutico -  
prático de Guarabira).

Senhor doutor sabe tudo  
Seu falar não nos convence.  
Direito para este atendimento  
O indigente já tem.  
E o nosso direito à saúde,  
Aonde está? A De onde vem ?

Quem fala assim não engana  
Também não lhe admira  
Estes são fatos concretos  
de Belém a Guarabira.

Estes versos foram um alerta. Nos mostraram que ainda não tínhamos percebido integralmente o nível de carência e de pobreza do povo a quem nos dirigíamos. Era uma carência de recur -

sos próprios e uma carência de serviços públicos decentes. Assim, muito de nossas frases tornavam-se vazias para uma boa parte dos ouvintes que não tinham condições de colocar em prática quase nada. O nosso querer que as reflexões do programa se assentassem sobre as reais condições de vida do povo ainda estava distante. E nesta nossa ignorância ainda nos denominávamos Doutor e Doutora Sabe Tudo. Então, mudamos o nosso nome: passou a ser Doutor e Doutora Saúde. Ficamos mais atentos para o que dizíamos. Na verdade, esta proposta era muito difícil. Não dependia apenas de boa intenção. Só progressivamente íamos conseguindo elaborar o programa, mais amarrado na realidade e nos interesses do povo. E isto só fomos conseguindo na medida em que, ajudados pelo fato da população ter passado a nos conhecer a partir do rádio, abriu-se uma rede de relações com populares e lideranças comunitárias. Passamos, aos poucos, a ser o ponto de convergência dos acontecimentos e problemas ligados à saúde da população, em toda a região. Só a partir desta ampliação de contatos que o programa se enriqueceu. Não adiantava querer discutir a realidade da população, se não tivéssemos amplo acesso a ela, e este só íamos conseguindo aos poucos. Assim, o conteúdo do programa também só foi se aperfeiçoando gradativamente.

Caro Doutor Saúde,

a finalidade desta é para convidar-lhe, em nome da comunidade de Jaboticaba-Arara-Paraíba, para o senhor vir fazer uma palestra sobre saúde.

O pessoal desta comunidade gostaria de assistir uma palestra pessoalmente, sobre este programa tão instrutivo. Muita gente não pode assistir este programa pelo rádio, porque nem rádio possui.

Portanto, esperamos que o senhor colabore conosco.

Que palestra foi esta, que passamos todo um dia de domingo convivendo com os moradores de Jaboticaba! Conhecemos o sistema de armazenamento de água de chuva que estavam construindo, os problemas dos serviços de saúde locais, os costumes de sua vida doméstica. Presenciamos exemplos de como estavam resolvendo seus problemas de saúde. Íamos observando, dando palpites, ouvindo contra-argumentações. Tivemos um almoço super caprichado, com contribuição de vários moradores. E no final, fizemos uma grande reunião, onde vários problemas foram discutidos. Voltamos para casa, cheios de novos conhecimentos e com várias gravações de depoimentos sobre problemas e soluções de saúde, para serem usados no rádio. E cima de tudo, voltamos felizes pela festa que tudo aquilo tinha significado. Assim passaram a ser muitos dos nossos fins de semana. É claro, porém, que nem todas as visitas eram tão densas e alegres. Mas nada teria acontecido se fôssemos apenas profissionais cumpridores de nossas tarefas, no horário normal de trabalho. O novo, para ser criado, exige um esforço que não pode se limitar à rotina das instituições. E este esforço, se por um lado consumia o nosso espaço de vida privada, criava uma nova vida de relações muito fascinante, por sinal.

Para tornar o programa mais interessante e nos vigiar da tentativa de fazer palestras gerais ou dar conselho, só iniciávamos um determinado assunto, partindo de uma situação concreta da vida das pessoas e comunidades onde convivíamos. Podia ser um fato observado durante o dia, um caso acontecido no Centro de Saúde, uma fala de um popular gravada em cassete, uma carta colocando um problema, uma notícia de jornal, um acontecimento na nossa vizinhança, um problema trazido até nós pelo Centro de Orientação dos Direitos Humanos, uma discussão nas nossas visitas aos

bairros ou na zona rural, ou uma ação da Secretaria de Saúde. To da reflexão se referia a um acontecimento com data e local bem de terminados. Isto nos ajudou muito em não ficar em discursos teó- ricos e genéricos, longe das condições de vida do povo. Com o tempo fomos aprendendo a ficar sempre de "antena ligada", na ob- servação do nosso dia-a-dia. Um pequeno fato podia ser transfor- mado em uma boa reportagem. Sempre carregávamos o gravador do la do.

Um dia, viajando de ônibus, notei que as pessoas evita- vam se assentar nos bancos, logo que estes ficavam vagos. Só as- sentavam após o banco "esfriar". Tinham medo de apanhar doenças venéreas, através do calor deixado pelo antigo ocupante. Desco- bri depois que este era um costume bem generalizado, se bem que havia uma certa vergonha em conversar a respeito. Fiz uma entre- vista com um senhor muito engraçado, sobre aquele costume, e gra- vei. Esta gravação serviu para introduzir reflexões sobre doen- ças venéreas, sobre micróbios e sua transmissão, e sobre a ques- tão dos tabus. Foi um sucesso!

É completamente diferente fazer uma palestra genérica sobre verminose e sua prevenção do que responder a seguinte car- ta:

Doutor Saúde, meus abraços ao senhor e à Doutora Saúde. Doutor, eu lhe escrevo para lhe falar de um problema que aconteceu com a minha sobrinha, há dois meses atrás. Olhe, depois do almoço, ela saiu para fazer cocô e lá achou uma lata e fez cocô dentro da lata. Quando ela se levantou e o- lhou para dentro da lata, estava cheia de tapu - rus, uns bichos grandes, amarelinhos. Aí ela co- meçou a gritar. A outra irmã foi olhar e ficou

gritando também. Minha irmã ficou muito nervosa. Ela tem 4 anos de idade e tem fastio e é magri - nha. Doutor, já ouvi falar que esses bichos é um verme que se chama ameba. Não temos certeza. O que o senhor aconselharia? Aqui se despede sua fã. Não fale meu nome de público.

b) PARTIR DOS PROBLEMAS CONCRETOS, MAS AMPLIANDO A SUA DISCUSSÃO

Muitas vezes, estes problemas eram colocados pela população a partir de sua realidade e sua necessidade, de uma maneira muito simplificada. Cabia a nós ampliar a dúvida colocada. Não nos interessava responder apenas o nome da doença e seu tratamento. Em cada dúvida, em cada problema, procurávamos discutir também outros aspectos: suas causas, sua importância, sua dimensão psicológica e social. Mas não era uma ampliação qualquer, um florear, um "encher lingüiça" com curiosidades culturais sobre o problema colocado. Tínhamos uma teoria que nos orientava e nos fazia entender que a maior parte dos problemas de saúde da classe trabalhadora está intimamente ligada com a maneira que a sociedade está organizada, como a riqueza produzida é dividida. Que a superação destes problemas só vai acontecer quando estes mesmos trabalhadores os compreenderem melhor e lutarem para transformá-los. Portanto, cada caso de nervosismo, de diarreia, de mal atendimento no Posto de Saúde, na medida em que iam sendo analisados com um pouco de profundidade, iam desvendando essa verdade sobre a nossa sociedade.

Esta ampliação do problema apresentado podia ser feita também no consultório. Mas lá o tempo era pequeno, a ansiedade do



doente dificultava um pouco e nós, médicos, não estando muito treinados a fazê-lo, acabávamos não falando muita coisa, além de algumas frases já bem conhecidas. O fato de poder contar com um tempo de estudo e de raciocínio na elaboração do programa, foi me permitindo ir aperfeiçoando minha capacidade de perceber estas outras dimensões, em simples problemas de saúde. O momento de fazer o programa era, antes de tudo, um momento de pesquisa e estudo. Isto refletiu inclusive na melhoria de qualidade das minhas consultas médicas.

Brejo de Cima, 13/09/80.

Prezado Doutor Saúde,

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por vocês terem esta oportunidade e um coração amigo de ajudar a todos. Quero também parabenizar por este programa A Hora da Saúde. Sou ouvinte deste programa, o qual acho muito importante, porque faz parte da minha vida e da vida de meus irmãos. Olhe, este programa nos ajuda muito a lutar contra o mal que prejudica a nossa saúde.

Sou casada há 9 anos. Tenho 26 anos e 7 filhos. Estou esperando o oitavo. Desde que eu sou criança que eu sofro de crises nervosas. Mas era só problema de chorar. Mas agora é diferente. Me acho muito prejudicada, pois não posso ter nenhuma preocupação que fico com grande imaginação e fortes dores de cabeça e esquecimento. Fico igual uma bêbada. Às vezes, fico muito agitada, falo alto com meus filhos e com meu esposo. Fico sem paciência de lutar. Porque eu não era assim. Eu gostava de ser uma pessoa amável e humilde. Quando dá essas crises gera-me uma tristeza porque o meu esposo não me compreende e eu fico muito magoada. Mas peço a Deus forças para vencer este mal e ficar boa e um dia feliz. Porque o problema pior ainda é que ele sofre também de

fortes dores de cabeça e falta de sono. E o pior é que ele fica muito bravo para comigo e os filhos. Eu tenho o maior desejo de controlar o meu problema para poder lutar junto com ele. Enquanto ele fica bravo, eu fico a chorar. Vou terminar com um forte abraço a todos os que fazem este programa.

RESPOSTA:

Dr. Saúde:

Olá, amiga.

Eu não quero falar aqui o seu nome. Mas para podermos conversar melhor, vou lhe chamar de Maria.

Sabe, Dona Maria, este problema de nervosismo é muito importante. Depois da fome, é o problema de saúde que mais incomoda o nosso povo.

Você diz que queria ser uma pessoa amável e humilde, mas não consegue. Você quer se controlar e lutar ao lado do seu marido, mas os dois não conseguem isto.

Dra. Saúde:

Por que as pessoas são assim?

Por que tanta gente é nervosa?

Dr. Saúde:

Todo mundo quer ser tranqüilo. Todo mundo queria poder ser na vida do jeito que acha certo. Mas acontece que a vida é muito dura. Os apertados são muitos.

Dra. Saúde:

- Há muita briga entre os vizinhos.

- É preciso trabalhar até não se agüentar mais para poder ter o sustento.

Dr. Saúde:

Volta e meia aparece na nossa família uma doença que deixa a gente desesperado. Os assaltos estão au

mentando, deixando todo mundo na insegurança.

Dra. Saúde:

A criação dos filhos é uma coisa muito trabalhosa. Toda hora tem briga e choro. Principalmente nesta carestia. Além disto tem as desilusões amorosas.

Dr. Saúde:

Com tanta preocupação, vai indo a gente vai perdendo o controle da nossa vida.

Dra. Saúde:

A nossa vida parece um barquinho navegando pelo mar. Se o mar está calmo, nós conseguimos controlar o barco e navegar para onde estamos querendo. Mas se o mar fica muito bravo, nós perdemos o controle do barco. São as ondas que vão levando o barco. O mar da vida anda muito bravo. As ondas dos apereios, dos sofrimentos e das explorações andam muito altas. Está difícil governar o nosso barco, no meio de tanta onda ruim.

Dr. Saúde:

E este mar só vai sossegar quando nós conseguirmos transformar este mundo em um mundo sem explorações e sem injustiça. Quando o amor dominar.

Dra. Saúde:

Mas como se explica existirem pessoas que, mesmo com esta vida cheia de problemas, conseguem ser fortes e enfrentar os sofrimentos da vida, de "peito aberto"?

Por que o barco da vida de muita gente é mais fraco e desgovernado mais, neste mar carregado, que é a vida do trabalhador?

Dr. Saúde:

Esta é uma boa pergunta. Nem todo mundo sofre o que a nossa amiga Maria está sofrendo. Existem pessoas

que são mais nervosas. A Maria mesmo, desde pequena, tinha sempre crises de choro.

Sabe, isto não é nenhuma doença hereditária não. Nem é micróbio que faz isto não. E também não é nenhuma doença do cérebro.

Com certeza a nossa Maria enfrentou uma vida mais difícil, desde pequena. E é possível que nos primeiros anos de vida ela não tenha tido condições de uma educação favorável.

Dra. Saúde:

Os primeiros anos de vida de uma pessoa é o tempo mais importante na formação de sua personalidade. Quando, neste tempo de infância acontecem muitos problemas, a pessoa pode ficar marcada para o resto da vida. A criança, nesta idade, precisa se sentir apoiada e amada pelos pais para que ela possa ir, com tranquilidade, desenvolvendo a sua personalidade, fazendo o seu barco ser bem forte. É por isto que a gente insiste tanto na necessidade dos pais se dedicarem aos filhos, procurando entender os seus problemas e sendo carinhosos, e na importância de cultivar a sua amizade. Se isto não acontece, a criança, quando cresce, pode ser um barquinho mais fácil de ser engolido pelas ondas deste mar tão bravo como está nos tempos de hoje.

Dr. Saúde:

Então é importante saber que a raiz da fraqueza de nervo está, principalmente, nesta vida cheia de sofrimentos e de carestia e na formação que as pessoas tiveram, no começo da infância.

Dra. Saúde:

Maria, espero que estas explicações tenham ajudado a você entender melhor o seu problema.

Dr. Saúde:

Procure acalmar um pouco o mar de apereios de sua vida. Vá aos pouquinhos tentando descobrir as coisas que lhe está aborrecendo mais. Quem sabe se, com um jeitinho e com muita coragem, você não consegue aliviar um pouco destas coisas que estão sufocando a sua vida. Eu sei que é difícil porque muita coisa não depende da gente, mas algumas coisas estão ao nosso alcance.

Dra. Saúde

Procure conversar mais com suas amigas e seu marido. Na conversa, as nossas idéias vão se clareando, nós vamos descobrindo algumas soluções e o nosso barco vai ficando mais forte. Cultive as amizades. Isto é muito imporante. Saia mais de casa para desaparecer e descansar. Você está merecendo um pouco mais de cuidado. Não fique muito exigente com você neste tempo. Os seus filhos e o seu marido podem se virar um pouco sozinhos. O importante agora é você melhorar. Ainda mais que você está para ganhar um outro neném. Isto exige muito da mulher.

Dr. Saúde

Bem Maria, estes conselhos são conselhos de quem pouco conhece a sua vida. Eu tenho certeza que, com coragem e paciência, você vai, aos poucos, conseguindo encontrar o seu caminho, acalmando o mar da sua vida e fortalecendo um pouco o seu barquinho.

Escreva dando notícias.

Desde o início, esta preocupação de ampliar o significado dos problemas trazidos pelos ouvintes, buscando as suas causas e implicações sociais, foi muito forte. Mas na ânsia de politizar cada simples problema de saúde, nós, muitas vezes, menos -

prezávamos algumas outras dimensões. Uma vez porém, enviei algumas gravações de programas antigos para meus familiares, em Belo Horizonte, ouvirem. Mamãe, que nunca fora uma educadora profissional, logo levantou um questionamento: "Vocês estão dando muitas explicações gerais sobre os problemas dos ouvintes, mas devem estar aumentando ainda mais a angústia deles, pois ensinam poucas medidas práticas a fim de que eles possam fazer para melhorar. Vocês dão a entender que cada caso de doença é devido a uma grande quantidade de problemas sociais, mas esquecem de ensinar soluções que cada doente possa buscar. Assim os ouvintes que escrevem vão ficar ainda mais sem iniciativa".

Em parte, ela tinha razão. Eu estava sendo um pouco panfletário, ou seja, eu estava me fixando muito na dimensão coletiva dos problemas colocados (que é fundamental), esquecendo que há dimensões individuais, também importantes. Na verdade, as duas dimensões estão muito interligadas. As causas mais gerais e as medidas preventivas e curativas, de caráter coletivo de cada problema de saúde, acontecem através de pequenos e simples atos individuais ou familiares. Era preciso tentar fazer uma ponte entre as explicações sociais gerais e as orientações individuais. As últimas falas da resposta à Dona Maria, acima, foram escritas com esta preocupação, mas eu sentia muita dificuldade em fazer esta ponte. Acredito que esta dificuldade se deve também a uma deficiência das ciências sociais que têm avançado pouco na criação de explicações intermediárias, que liguem o dia-a-dia das pessoas e instituições, com as grandes explicações teóricas da sociedade. Diante desta situação da deficiência de nossa formação teórica, o nosso aprendizado ia se dando no dia-a-dia, com as pessoas com que nos defrontávamos. Era interessante como pessoas, sem nenhuma formação acadêmica sobre educação popular e

comunicação, estavam sempre nos dando grandes contribuições para o nosso aprendizado!

### c) RÁDIO, UM ESPAÇO POSSÍVEL DE PARTICIPAÇÃO DO SABER POPULAR

Como já disse, partíamos sempre de um problema concreto da população e o discutíamos, procurando ampliar as questões colocadas, abordando as suas raízes e suas implicações sociais e psicológicas. Esta análise era a nossa contribuição, ajudados pela formação científica que tínhamos tido. Mas sabíamos que esta análise não era a última palavra. Era apenas uma contribuição à discussão que normalmente as pessoas já fazem no seu dia-a-dia. Por isto sempre tentávamos criar espaços no programa para que opiniões diferentes e divergentes pudessem ser expressas. Não era uma abertura total. Procurávamos evitar opiniões de pessoas que queriam passar apenas lições de moral ao povo, sem compreender a sua realidade, como se fosse ele o grande culpado de sua situação. Estas opiniões já possuíam muitos outros canais de divulgação; não precisavam do nosso programa. Pedíamos aos ouvintes para escreverem suas opiniões. Entrevistávamos lideranças comunitárias, procurando criar debates e, principalmente, ficávamos sempre de "orelha em pé", procurando ouvir os pequenos comentários, os olhares, os risos e os silêncios de desaprovação. Os assuntos, às vezes, se espichavam, na rádio, por várias semanas. Sua compreensão ia aprofundando. Infelizmente, o peso de sermos doutores e um pouco ídolos, para alguns, dificultava o diálogo. As pessoas tinham dificuldade de colocar suas críticas abertamente. O que nos ajudou a superar esta limitação foi nossa ligação com a Igreja

ja, seu clero e seus agentes pastorais. Eles sempre estavam trazendo críticas e comentários que ouviam nas reuniões e nas conversas individuais.

Pelo programa de rádio, procurávamos também valorizar as organizações comunitárias, ora dando espaço para suas lideranças se manifestarem, ora divulgando seus abaixo-assinados e manifestos, ora participando de suas reuniões e trazendo gravadas algumas das reflexões feitas. Sentíamos que era importante tornar público, divulgar esta nova forma de viver, que ia aos poucos se emergindo: o povo organizado. E divulgar também o saber popular, que ia se fortalecendo neste processo.

Doutor Saúde, sou uma grande admiradora do seu programa. Aqui onde moro, este programa tem uma grande audiência. Todos adoram. Olhe, Doutor, eu participo do grupo de jovens daqui. Então nós fizemos uma pesquisa individual e vimos um problema difícilíssimo. Resolvemos escrever esta carta para o senhor divulgar. Agora eu peço para o senhor não falar o nome deste lugar. É confidência. Aqui nestas cidades existem pessoas que vivem de enrolar os velhos que querem conseguir aposentadoria. Faz até pena. Os pobres não sabem andar nem para Guarabira. Então tem umas três ou quatro pessoas aqui na cidade que se prontificam a ir com eles providenciar os papéis. Mas avisam logo que só vão se receberem a metade do valor da aposentadoria. Tem muitos pobresinhos que só têm o dia e a noite. Quando recebem já estão devendo quase tudo e, mesmo assim, têm que repartir o dinheiro pela metade com quem se interessou por eles. Gente que não tem precisão deste dinheiro. Eles estão subindo cada vez mais e o pobre descendo, porque não tem defesa. Tem gente que, quando o aposentado não



faz os seus gostos, ou seja, fazem questão, aí eles ameaçam tomar o carnê de recebimento da aposentadoria. Já pensou que absurdo? Agora eles fazem isto, mas fazem medo ao aposentado para que não falem nada a ninguém. O pior é que tem aposentado que ainda acha que fica devendo favor a eles.

Nós achamos melhor que o Governo botasse em cada cidade uma pessoa encarregada de providenciar a aposentadoria para estes velhinhos. Por - que tem deles que não sabe nem chegar em Guarabira e, em João Pessoa, muito menos. Então eles ficam sujeitos a pagar caro para aposentar.

Olhe, Doutor, não diga o nome de quem escreveu nem o nome do lugar, porque a gente aqui não pode nem fazer uma dramatização de um fato concreto da vida que o povo quer até matar a gente. Pode dizer o nome da cidade que acho que não dá problema não.

Aqui termino com um abraço para o senhor e a Doutora.

Assinado: Grupo de Jovens.

Com o tempo, cartas como esta foram se tornando frequentes. Ao invés de pedirem uma opinião, vinham com opiniões. Eram opiniões e críticas interessantes. Os grupos e as pessoas começaram a perceber que o programa podia ser um espaço para se expressarem. O programa se enriqueceu e fomos vendo que, debaixo da aparência pacata das sociedades rurais, rola uma série de processos de lutas e resistências.

Como diz Beatriz Costa (1981), esta luta e esta resistência popular, já ocorrem independentes dos trabalhos de educação popular. Só que elas acontecem de formas variadas, formas muitas vezes estranhas para nós, que viemos de fora. Mas, principalmen

mente, acontecem de um jeito precavido, cauteloso, que nos impede de reconhecê-las de imediato. Como eu acreditava (e acredito) que as transformações sociais mais profundas ocorrem principalmente através da ação das classes populares (com seus movimentos sociais organizados e suas atuações individuais), um dos principais objetivos do espaço educativo do nosso programa radiofônico era a valorização deste processo de luta popular já existente. Ficava satisfeito quando percebia que o programa ia merecendo a confiança dos grupos e indivíduos em seus processos de resistência e de luta.

Este processo de resistência e de luta exige um conhecimento, uma sabedoria. É preciso saber como organizar, como encaminhar as reivindicações, como controlar a ansiedade pessoal durante os enfrentamentos e é preciso compreender a realidade que se quer mudar. Nossa tentativa era fazer com que o programa se tornasse um espaço de troca e de reflexões destes saberes. A educação que acontece, colada, nesta movimentação de resistência e de luta, tem uma dimensão política muito mais forte. É diferente da educação que vem trazer conhecimentos prontos para serem repassados a uma população pressionada a ficar passiva para absorvê-lo melhor. Esta educação acomoda. O difícil da educação que tenta se inserir na prática de luta popular já existente e ajudar na sua dinâmica é que esta prática (individual e coletiva) se mostra encoberta no dia-a-dia. Ao mesmo tempo, essa educação coloca, para o educador, questões surpreendentes que extrapolam o saber no qual ele se especializou. Assim, foi só com o tempo que começamos a compreendê-la melhor e conseguimos usar o programa para divulgá-la e refletí-la. Mas sempre com muito cuidado tático porque a repressão era forte.

d) UM ESTILO ALEGRE E PESSOAL. O POVO É ALEGRE E AMIGO

E para que o programa ficasse interessante, usávamos u ma linguagem simples e um estilo alegre, descontraído e direto .  
Vejam este trecho de um programa:

Outro dia eu ouvi um comentário a meu respeito: por que este doutor se mete tanto a falar de privada, de banheiro e de cocô? Que médico mais en-xerido!...

Pois é, eu sou mesmo muito interessado nestes as assuntos. Sabe, a hora de fazer cocô é muito impor-tante. É nesta hora que nós colocamos para fora a coisa mais cheia de vermes e micróbios que te-mos. Se nós não despachamos logo este cocô, os micróbios, os ovos de verme e a sujeira logo espalham pela nossa casa, e os nossos familiares acabam sendo prejudicados.

É por isto que eu digo: um banheiro bem feito é uma grande economia. Uma economia de farmácia, uma economia de tempo cuidando de menino doente e uma economia de não perder dias de serviço.

É claro que nem todo mundo tem condição de fazer um banheiro bem feito. Mas cada um devia capri - char o máximo que pode no seu banheiro. É impor-tante lembrar na hora de construir, que o banheiro é uma das partes mais importantes da nossa casa.

Para o programa ficar menos maçante, a sua seqüência e-ra "quebrada" com músicas (de preferência dizendo alguma coisa a respeito do tema), mudanças de vozes, brincadeiras, alternância de sessões, etc.. Fazíamos teatralizações e usávamos muito poesi

as feitas por populares da região. Ou então poesias populares de outras partes do Brasil, divulgadas por organizações pastorais, às quais tínhamos acesso pela nossa ligação com o Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Nestes casos, para não mostrar minha ligação com a Igreja, apresentava-as como de um ouvinte. Eis um exemplo de poesia-denúncia, vinda da nossa região:

Eu fui atendido  
Por um tal doutor Machado  
Um sertanejo danado  
Daqueles galego  
Do bigode assanhado

Era quase meio-dia  
Ele não tinha almoçado  
Tava muito aborrecido  
Parecia zangado

Olhava prá mim dizendo  
Você tá é com pantim  
Esse caso não é caso  
Prá um homem taí deitado  
Você tá é com pantim  
Deixe de ser tão safado

Eu tava sentindo  
a mão partida em dez  
o joelho amassado.  
Pedi com muito jeito  
Pra o doutor se acalmar

Ele ficou muito zangado  
dizendo: olha safado  
tu é que deve  
ficar calmo  
que tás procurando  
ser medicado

Eu disse: olhe aqui  
seu doutor  
Tô doente de verdade  
Quero logo tratamento  
deixe logo de ser chato

O Machado virou fera  
Chato o que, seu merdinha  
vá embora sem seus pontos  
que seus pontos  
não dou mais

Se quiser, seu fera  
Se não quiser não dê  
Que doutor neste mundo  
Não só tem você

Ele me empurrou  
porta afora  
Fera não senhor  
Respeite esse anel  
que pertence a um doutor

E foi aí seu moço  
que senti a cabeça  
bem fora do pescoço

Daí para frente  
nada sei ao certo  
Diz algumas pessoas  
que me arrei de vassoura.

.....

(Paulo Babosa, município de Bananeiras)

A cultura popular é muito rica. Ao nos aproximarmos de  
la, o programa se enriqueceu. Muitas pessoas e grupos do povo sa

bem expressar a sua realidade e criticá-la de uma forma interessante e muito charmosa e atraente.

Uma opção, que depois descobrimos ter sido fundamental, foi fazer o programa em tom bem pessoal. O Doutor e a Doutora Saúde eram pessoas concretas, marido e mulher por sinal, que estabeleceram uma relação real de amizade com o ouvinte. Nossos problemas, nossas doenças e nossas experiências eram colocadas e analisadas. Tudo era ponto de partida para reflexões. A gravidez da Doutora Saúde, seus anseios, sintomas; o nascimento do neném, sua evolução e seus cuidados, as expectativas da mãe, a visão do pai foram temas de seções do programa. Eis um trecho de uma reflexão que Nelsina fez, a partir de sua experiência como gestante:

.....

Mas isto, por outro lado, deixa a mulher preocupada. Vem uma porção de dúvidas na cabeça da gente:

- Será que eu estou dando condições para o neném nascer direitinho?

- Será que ele vem perfeito, sem nenhum aleijão?

Se nós, gestantes, perdemos o apetite ou comemos menos naquele dia, ficamos logo pensando que precisamos esforçar mais, que precisamos comer melhor, para dar conta de criar um neném mais forte.

Nós, mulheres, sentimos o nosso corpo mais feio quando estamos grávidas. As roupas antigas já não prestam mais. Não podemos usar uma roupa mais apertadinha. Começamos a ficar inseguras. Sentimo-nos feias e desajeitadas. Além disto ficamos sem dar mais conta de fazer todos aqueles trabalhos que estávamos acostumadas a fazer sozinhas, sem depender de outras pessoas. E ainda tem aqueles enjões, aquelas dorezinhas ou uma tontura, que volta e meia nós temos. Com tudo isso começamos a desconfiar que estamos chatas para

o nosso companheiro. Que ele está gostando menos da gente. Ao contrário do que acontece conosco, a vida deles quase não altera. Continuam com seus trabalhos, seus amigos e os seus passeios. Nós começamos a sentir aumentar a distância com o marido. E a nossa insegurança vai aumentando.

Quando eu estou pensando nestas coisas eu começo a imaginar como deve ser a gravidez destas mulheres que costumo encontrar nos sítios e nos bairros. Acho que a gravidez, para muitas delas, deve ser muito mais pesada, com muito mais solidão. Fico a lembrar das mulheres pobres que não podem comprar uma batinha nova para se sentirem um pouco mais bonitas.

Imagino as mulheres que têm maridos machões, que exigem que elas tenham um filho todo os anos. Como deve ser dura esta situação de passar a vida toda só engravidando e parindo.

E as mulheres não podem descansar nem um pouco na gravidez, porque sua casa está cheia de filhos com problemas de saúde, com brigas, choros. Muitas vezes têm que deixar de se alimentar para que as crianças comam um pouco mais.

Lembro agora das mulheres gestantes que conheci, cujos maridos só sabiam ser brutos para elas. Não compreendiam a sua situação, seu cansaço e suas preocupações. Algumas delas tinham maridos que, volta e meia, chegavam embriagados e até batiam nelas. Agora eu acho que entendo mais o sofrimento delas.

Dr. Saúde:

Ouvindo estas coisas eu vejo como nós, homens, temos dificuldade de entender este tempo especial na vida da mulher. Quantas vezes eu já não fiquei com raiva destas fraquezas da Dra. Saúde, achando que eram frescuras. A gente só compreende aquilo que conhece. E para conhecer é preciso saber ouvir

mais. Conversar mais.

.....

Quando nosso filho nasceu, recebemos várias cartas nos parabenizando, inclusive algumas poesias:

Marcos é bonitinho  
Todo mundo diz que é  
Parece o menino Deus  
Nos braços de São José.

Interessante que esta poesia veio de um município distante (Serraria), onde ninguém ainda tivera a oportunidade de ver o Marcos para achá-lo "bonitinho" e até compará-lo a Jesus. O seu sentido é simbólico, portanto.

Esta relação de amizade, desenvolvida através das ondas de rádio, de modo algum foi apenas um instrumento para aumentar a audiência. Era a nossa motivação diária, no esforço de fazer um bom programa. E da parte dos ouvintes também era bem concreta, seja através da alegria com que éramos recebidos nas comunidades, seja através da abertura e confiança com que escreviam su as cartas contando seus problemas, inclusive os mais íntimos.

E era uma amizade declarada. Eis uma introdução de um dos programas:

Dra. Saúde:  
Boa tarde ouvintes.

Dr. Saúde:  
Mais uma vez vamos passar mais um pedacinho da tarde do sábado com vocês. Espero que vocês aprendam bas-



tante coisas. Nós preparamos esta meia hora de programa com muito carinho.

Dra. Saúde:

Por sinal esta é uma das coisas que a gente mais gosta de fazer. É tão bom ficar falando daqui, imaginando que, em cada casa e em cada rádio, existem pessoas nos ouvindo e gostando. É bom ficar imaginando que, em cada sítio e em cada cidade, nós temos amigos. Muitos não nos conhecem, nem nós conhecemos vocês todos. Mas somos amigos.

Dr. Saúde:

Bem, temos muitos assuntos hoje. Por isto vamos começar logo o nosso programa. Mas antes vamos ouvir uma propagandazinha do nosso patrocinador...

O programa era todo escrito com antecedência e gravado um dia antes de ir ao ar, com ajuda de um técnico de som. Procurávamos ouvir a sua transmissão em casa de populares para aprender com as suas reações. Todo este processo de elaboração do programa consumia, pelo menos, 12 horas de trabalho de cada um por semana. Jamais imaginaríamos que meia hora de programa de rádio consumisse tanto tempo assim! Mas era um esforço muito gratificante.

Algumas seções eram feitas por mim e outras por Nelsina. Tínhamos divergências e cada um tinha formas diferentes de tratar o mesmo problema. Procurávamos negociar nossas diferenças, mas procurávamos também tolerá-las, pois discussões muito intensas acabavam por bloquear a espontaneidade e a criatividade de cada um. Mesmo assim, não foram poucas as nossas briguinhas conjugais que começaram com discussões sobre o programa de rádio.

Para muitos dos alunos dos cursos de saúde da UFPb, que estagiavam na região, a participação no programa era um desafio que os motivava a se preocuparem um pouco mais com a realidade de saúde da população e a fazerem pequenas pesquisas para que pudessem preparar alguma matéria. Infelizmente um bom número de estagiários, pelas características da sua formação acadêmica, voltada principalmente para a atenção individualizada e tecnicizada, pouco se motivavam para tal.

#### e) EM CADA SEÇÃO DO PROGRAMA, UMA PREOCUPAÇÃO PEDAGÓGICA

Progressivamente o programa foi sendo aperfeiçoado. Suas seções principais foram se definindo. Cada uma delas permitia abordar diferentes aspectos do processo saúde-doença. E o fato das seções se intercalarem, tornava o programa mais variado. Eis as principais seções do programa e as reflexões que delas surgiram:

#### O ouvinte escreve, Doutor Saúde responde

Os programas radiofônicos de consultório sentimental, que na minha infância via as empregadas domésticas lá de casa ouvirem com tanta atenção, foram a minha inspiração para esta seção. O problema destes programas era a maneira moralista com que eram abordados os assuntos. Neles, para cada problema trazido pelo ouvinte, havia uma orientação "segura" sobre que atitude tomar. Mas isto podia ser mudado. Com a evolução do tempo é que fui descobrindo como era rica esta maneira de se comunicar. Começaram a chegar uma variedade de problemas que nunca imaginara.

Chegavam cartas tratando de problemas médicos (alguns inclusive que não eram habitualmente levados aos Centros de Saúde), problemas coletivos de saúde (a destruição da única fonte de água de uma comunidade, pelo proprietário da terra) e até os problemas pessoais mais íntimos. Era impressionante como os ouvintes se identificavam com as histórias contadas nas cartas. Os problemas de saúde viravam casos interessantes, que tocavam nos seus corações. E as cartas, sendo uma forma de comunicação relativamente comum na vida do povo, permitiam que as mais simples pessoas tivessem acesso ao rádio. Os analfabetos pediam a um vizinho para escrever, como já era costume em outras situações. Tudo isto me faz ver como estas formas tradicionais de comunicação no meio popular (como é o caso dos antigos programas de consultório sentimental) têm uma razão de ser, para estarem assim tão difundidas. Razões que nem sempre são fáceis de perceber. Isto é uma grande pista para nós educadores: caminhar por formas de comunicação já tradicionais e consagradas na cultura popular. É claro que com algumas modificações.

As cartas eram respondidas procurando ampliar as questões colocadas, de modo a tocar em suas dimensões mais essenciais. Mas isto já foi mais detalhado em outra parte.

Quando possível, nós orientávamos o uso de alguns medicamentos, cujo manuseio era acessível às famílias. Esta última conduta nos custou algumas críticas de alguns médicos que julgavam que, fazendo assim, estávamos vulgarizando a medicina.

Deixava-nos desconcertados e surpresos a quantidade de problemas íntimos que nos eram enviados. Eram freqüentes as cartas sobre problemas de relacionamento entre marido e mulher, de menstruação, sobre frigidez sexual e sobre dúvidas no relaciona-

mento entre namorados e entre pais e filhos.

Possivelmente as pessoas escreviam sobre temas que tinham vergonha de colocar nos serviços médicos impessoais e frios. Ficávamos num dilema: até que ponto a colocação de problemas tão íntimos em um rádio não iria criar uma reação da população? Ao mesmo tempo, não queríamos fugir à responsabilidade em nosso papel, frente a problemas tão importantes. A resposta a este dilema só se foi tornando um pouco mais clara com a evolução de nosso processo de interação com a população. Estávamos sempre tateando. Mas soubemos de um pai que quebrou o rádio com o cabo de uma enxada ao perceber que suas filhas estavam ouvindo uma explicação sobre um problema de namoro.

Como responder a uma carta deste tipo em uma rádio?...

Sítio Jacaré

31/1/81

Tenho a dizer que gosto muito deste programa. Peço aqui licença para falar sobre um problema de um menino de 5 anos de idade e outros coleguinhas da mesma idade. Não é preciso ser longe da gente. Basta se afastarem um pouco, que logo começam com uma brincadeira a toa, uns com os outros. São umas brincadeiras que eu até acanho de citar aqui. Mas sei que o senhor deve entender. São umas brincadeiras de sexo.

Outro dia, eu e todos da minha casa estávamos trabalhando em uma farinhada, quando as crianças se juntaram e não sei lá o que viram, mas alguém falou que estavam brincando destas brincadeiras a toa. Uma mãe deu uma pisa no filho e gritou para o meu esposo. Ele deixou o trabalho e correu uma meia hora atrás do meu menino, por dentro da capoeira. Ele deu uma surra na criancinha que eu até tive pena. O pobrezinho chegou todo arranhado dos espinhos. Foi uma gritaria. Era tanto choro

da criança que eu fiquei revoltada. Será que o meu filho tem algum problema de sexo? Será que ele apanhando muito, ele deixa disto? O que devo fazer? Me aconselhe.

Como deixar de responder a uma angústia tão grande?

Estes problemas mais psicológicos me despertavam um "grilo". É tranqüilo afirmar que uma criança com diarréia deve ser hidratada, que quem tem pressão alta deve procurar abaixá-la. Mas as questões ligadas ao comportamento humano são mais complicadas. Maneiras de relacionar-se com os filhos, com o namorado, ou com a esposa podem ser boas para mim que vivo em um meio cultural e econômico, mas não para outras pessoas que vivem em outro meio. Tudo é muito relativo. Este "grilo" aumentou muito depois que fiz um curso de antropologia, que é a ciência que estuda o homem nas várias culturas e nas várias civilizações. A antropologia mostra como os costumes mais "esquisitos" e aparentemente mais "irracionais" podem representar, para um determinado povo, algo muito importante e mesmo fundamental. Os costumes têm um significado simbólico que não é fácil descobrirmos à primeira vista. E muitos dos nossos costumes, que às vezes achamos ser universais, só podem existir porque temos uma determinada estrutura material que em outros lugares não existe. Enfim, eu tinha muito medo de estar divulgando uma racionalidade de vida minha, para camponeses e trabalhadores urbanos, que têm um outro ambiente material de vida e uma outra cultura, que eu não compreendia inteiramente. Eu procurava fugir disto evitando afirmar o que as pessoas deviam fazer. Procurava, principalmente, levantar as causas possíveis, fazer considerações sobre alguns problemas que eu via em certos comportamentos e dar informações que eu tinha so -

bre situações parecidas. Mas hoje, relendo algumas respostas que dei, vejo que não fui tão neutro assim. Sinto que, para respondermos bem aos problemas colocados pelo povo, teríamos que ter, sempre, um nível de conhecimento sobre a sua realidade, muito mais profundo do que somos capazes. Mas acontece que o problema está ocorrendo naquela hora e a sua resposta não pode esperar o nosso amadurecimento que, por sinal, vai ser sempre insuficiente. Quem está no sufoco da prática do dia-a-dia, está sempre enfrentando esta situação; é a diferença existente com relação ao cientista, para quem os problemas são apenas pontos de partida para a investigação. Um exemplo é esta carta da mãe, cujo filho estava participando de brincadeiras homossexuais. É um problema complexo, sem dúvida. O que fazer? Calar-me por falta de uma compreensão total do problema? O calar-me significava deixar imperar, livremente, a lógica da pancada do pai. Ou falar o que sabia, mesmo que este falar fosse carregado de generalizações inconscientes de padrões de comportamento meus? Este é um problema também muito presente na prática médica de consultório. O que é preciso é não colocar a nossa resposta como a resposta, e sim, como uma resposta. Isto eu repetia muito nos programas. Mas acontece que, com o prestígio que eu ia adquirindo, minha fala ia ganhando um poder especial: era a fala do Dr. Saúde. O povo, no entanto, não é nenhum "boboca": ele também sabe selecionar o que ouve. Tanto assim que alguns pais desligavam sempre o rádio e até chegavam a quebrá-lo. Mas para mim o problema ainda continua.

#### Seção do Doutor Zé Matinho

Com minha prática de médico, no Centro de Saúde de Pilõesinhos, logo aprendi a valorizar a medicina popular. Havia

casos que eu não resolvia e que de repente apareciam curados, por que tinham feito uso de certo chá. Como eu não entendia nada de chás e plantas medicinais (até hoje não sei identificar um pé de erva cidreira e nem sei para que serve), não sabia como utilizar esta sabedoria popular, no programa, até que Nelsina e eu começamos a participar das reuniões do Movimento Popular de Saúde e conheci um médico (Dr. Celerino Carriconte) que se dedicava à educação popular, através dos chás e remédios caseiros. Ele dizia que os especialistas em medicina popular eram pessoas do povo. O seu papel como doutor formado era criar espaços para que estas pessoas se encontrassem, trocassem experiências, discutissem e aprendessem outras dimensões dos problemas de saúde (suas raízes, sua importância, etc.). A sua presença como médico nas reuniões, era uma maneira de legitimar esta sabedoria popular, que cada vez vem sendo mais desvalorizada. Ele dizia que havia uma dimensão política nesta valorização desta sabedoria, pois as pessoas começavam a se sentir mais capazes e mais autônomas. E a própria discussão das causas da desvalorização da medicina popular levava problemas como: interesses econômicos das multinacionais, resistência popular, propaganda e ideologia burguesa, etc.. Então pensamos: por que o nosso programa de rádio não podia ser um espaço de discussão sobre esta medicina popular? Ajudados pelos agentes pastorais, procuramos nos entrosar com pessoas respeitadas, pelo seu conhecimento no assunto. Gravávamos entrevistas sobre a maneira como tratavam alguns dos problemas de saúde mais comuns. Exigíamos que fossem tratamentos que estivessem acostumados a fazer e que já tivéssemos um número grande de resultados positivos. Foi assim que iniciamos com a "Seção do Doutor Zé Martinho". Com o tempo a seção passou a ser enriquecida com cartas

e depoimentos de pessoas que tinham experimentado os tratamentos ensinados.

Esta medicina popular não é apenas um conjunto de conhecimentos sobre saúde, já formado, pronto, que as pessoas do povo tem. Esta medicina popular é constituída também por uma atitude dessas pessoas de estarem sempre pesquisando, trocando idéias, testando e buscando compreender os seus problemas de saúde e os recursos materiais existentes em seu meio. Descobrimos que os "doutores Zé Matinho" eram pessoas que viviam procurando conhecer mais a natureza que os rodeava e fazendo pequenas experiências para solucionar os problemas que enfrentavam. Eram pessoas que, volta e meia, estavam procurando trocar idéias e experiências. Neste sentido, valorizar a medicina popular não é apenas respeitar um saber tradicional; é, antes de tudo, valorizar esta atitude popular de busca de uma autonomia e este esforço contínuo que fazem para quebrar a dependência e a submissão em que são obrigados a viver. Isto é prioritário se acreditamos que as transformações mais fundamentais da sociedade virão, principalmente, a partir da ação dos movimentos populares.

Valorizar a medicina popular não é ficar elogiando-a e propagandeando-a. É criar espaços para que ela possa ser aperfeiçoada criticamente, sem que a população perca o seu controle sobre ela.

Se durante o meu curso de medicina tivesse estudado a medicina popular, seria muito mais capaz de contribuir neste processo. Mas, mesmo isto não tendo acontecido, eu me sentia em condições de contribuir criticamente também. Eu conhecia as doenças para as quais os remédios caseiros eram usados e percebia quando certos tratamentos eram simplificados demais para o tipo de le -



são envolvida. Alertava, quando certos tratamentos serviam para doenças muito variadas e diferentes.. Criticava a falta de senso científico de alguns testes e afirmações a respeito de medicamentos naturais, relatados por populares. A ciência acadêmica tem muito o que contribuir para a medicina popular. Mas é preciso que esta contribuição não a sufoque. Isto não é fácil: a medicina dita científica, se apresenta como um gigante. Diante dela, a medicina popular se encolhe.

Interessante como esta seção despertava interesse. Os agricultores, principalmente, têm um grande carinho por esta medicina caseira, que tanto os ajudava em suas vidas e que agora viam-na sendo desvalorizada, a ponto de até terem vergonha de confessar estarem delas fazendo uso. Com o tempo, organizamos encontros nas casas de retiro da Igreja, de um dia de duração, com pessoas interessadas. Estas reuniões nos forneciam material gravado, riquíssimo, para vários programas.

### Horóscopo da Saúde

Houve época em que a Região foi tomada pela onda de cartomantes e astrólogos. Alguns tinham até programa na rádio. Iniciamos então o nosso Horóscopo da Saúde, em que a cada semana eram dadas as orientações "astrais" para a saúde de uma determinada faixa etária. Houve o Horóscopo da criança de 1 mês, de 2 a 4 meses, de 4 a 7 anos, da gestante, da adolescente, do pai, etc.. Neste horóscopo, colocávamos as orientações de saúde básicas para cada idade, de uma maneira professoral e em tom de suspense, tentando imitar o estilo dos astrólogos. Foi um sucesso! No início fizemos o "Horóscopo da Saúde", apenas como uma brincadeira ou uma gozação. Depois vimos que tinha dado certo e manti-

vemos a seção.

Para exemplificar, aqui segue o Horóscopo da Saúde da criança de 2 meses de idade. É claro que o exemplo está muito prejudicado porque a escrita não transmite o tom de voz, nem a música de fundo. Mas dá para imaginá-los. É só pensar em vozes pomposas, solenes, pausadas e com ênfases fortes nos trechos mais importantes.

**Dr. Saúde:**

Hoje vamos falar o Horóscopo da criança com 2 meses de nascida.

**Dra. Saúde:**

Crianças de 60 dias até 90 dias de nascida, você deve continuar alimentando do melhor leite do mundo, que é o leite da mamãe.

**Dr. Saúde:**

Se sua mãe está querendo parar de amamentar, não aceite. Grite! Esperneie! Tranque a boca e não aceite mamadeira. Você sabe que criança que não amamenta tem muito mais chance de ficar doente e virar anjinho.

**Dra. Saúde:**

Você que não permitiu a sua mãe secar o peito, aproveite. Chupe bastante, porque quanto mais você chupar, mais leite sua mãe produz. Aproveite a liberdade de mamar o quanto você quiser. Nem a sua mãe, nem o seu doutor podem controlar a quantidade de leite que você está mamando. Isto é um segredo só seu.

**Dr. Saúde:**

E aproveite bem o carinho de dormir agarradinho com sua mãe, chupando o seu peitinho. Tempo bom como este, não volta mais não...

Dra. Saúde:

Agora você, neném de 2 meses de idade, que deixou escapular o leite do peito da sua mãe: tome cuidado!!! Você corre o perigo de cair na mão de três inimigos: o mingau, o leite agüado e a mamadeira preparada sem higiene.

Dr. Saúde:

Aprenda desde já a defender os seus direitos de criança de 2 meses! Na hora de sua mãe preparar a mamadeira, fique de olho aberto. Veja se ela prepara com cuidado e higiene. Veja se ela coloca a quantidade certa de leite em pó. Fique contando : são 3 medidas de leite em pó para cada 100 gramas de água.

Quer que eu repita? São 3 .....

Dra. Saúde:

Se sua mãe estiver dando leite de vaca ou leite de cabra, então é para colocar 2 partes de leite e 1 parte de água na mamadeira. Entendeu bem? Fi que esperto, menino!

Dr. Saúde :

Você, neném de 2 meses de nascido, que cochilou e deixou o leite do peito de sua mãe secar, você corre o risco de ter que tomar, como castigo, a quantidade de leite que a sua mãe ou o seu doutor querem que você tome.

Dra Saúde:

Exija seus direitos. É sempre tempo de acertar. Não cochile novamente, chore o tanto necessário para lhe darem mais leite. Não conforme com a chupeta. Chore bem alto, até o patrão do seu pai escutar e resolver pagar um salário maior, para que ele possa comprar mais leite.

Dr. Saúde:

Lembre-se: chupeta ou consolo, além de ser um "engana neném", é também danado para ficar levando micróbios, para a sua boquinha.

Dra. Saúde:

Neném de 2 meses de vida, na sua idade é muito comum ter cólicas na barriga. Ouça o meu conselho: procure deitar com a barriga para baixo, que as cólicas melhoram.

Dr. Saúde:

Neném, mostre para seu pai como você está ficando sabido. Mostre para ele como já sabe prestar atenção quando alguém fala com você. Mostre como você também já sabe sorrir.

Dra. Saúde:

Conselho do mês: neném de 2 meses, você que já vacinou contra a tuberculose, agora já é hora das vacinas contra paralisia infantil e a vacina D.P.T., que é a vacina que protege contra a difteria, tétano e coqueluche. Diga para sua mãe que ela não precisa chorar na hora da vacina não. Diga que compreende que ela fique triste em ver seu filho levando uma furadinha, mas que é para o bem dela mesmo. Assim ela não vai ficar sofrendo depois, tratando de menino doente.

Dr. Saúde:

É tempo favorável para você começar a tomar seu banho de sol, todos os dias, bem cedinho. Ficando 10 minutos, peladinho no sol, todas as manhãs, antes das 9 horas, você vai ficar bonito e cheio de vitamina D, que é boa para formar os ossos.

Dra. Saúde:

Conselho final: criança com 2 meses de vida, não fique muito no colo, não. Eu sei que você é muito fofo e que todo mundo quer pegá-lo. Mas diga para e-

les que você não pode ficar mal-acostumado. Saia do berço só para tomar banho, mamar e tomar sol. Mas não precisa ser muito rigoroso também não. Afinal, os seus pais não são culpados de você ser tão fofo.

**Dr. Saúde**

Não percam o Horóscopo da Saúde de criança de 3 e 4 meses, no próximo programa.

De todas as seções do programa, essa era a que mais recebia pedidos para ser repetida. As cartomantes e astrólogos que conhecemos em Guarabira eram realmente uns "picaretas". Se enriqueceram muito e tinham uma postura mística, claramente mentirosa. Mas em sua "malandragem", desenvolviam um saber refinado, com o qual conseguiram dar uma grande força naquilo que transmitiam. Ao tentar imitá-los, ironicamente, nós nos apropriamos de parte deste saber (sem perceber, inicialmente, que o que estávamos arremedando era um saber refinado). Mas até que ponto a atitude solene e pomposa que incorporamos não trazia consigo um tom mentiroso? Isto é, até que ponto, na seção "Horóscopo da Saúde", nós também não transmitíamos, com a nossa fala, um falso sentimento de verdade absoluta? O tom de brincadeira e de ironia presentes na seção, com certeza quebraram muito esta áurea mística. E era o nosso propósito quebrá-la. Mas a forte atenção de muitos ouvintes durante a seção me faz supor que uma parte desta força mística permanecia. Qual o seu significado educativo? Não sei avaliar.

#### **Seção da Advogada da Saúde**

Como já tive oportunidade de expressar, a nossa participação no Centro de Orientação dos Direitos Humanos não podia

ser conhecida ao nível das instituições. Como trazer para o rádio os problemas e as reflexões que encontrávamos lá, sem que esta ligação se evidenciasse? Inventamos a "Seção da Advogada da Saúde". Nela explicávamos as leis existentes que diziam respeito a muitos dos problemas de saúde. Eram discutidos a aposentadoria, o auxílio-doença, acidente de trabalho, décimo terceiro salário, trabalho do menor, salário mínimo, funcionamento da justiça trabalhista, etc.. Iniciávamos as seções sempre com um caso ou uma situação concreta.

Como estávamos em uma sociedade super explorada e cheia de injustiças, a divulgação das leis existentes, apesar de todos os seus limites, era fundamental como estratégia de mudança social. Isto era tão verdade que muitas vezes a luta pelo cumprimento das leis mais elementares era considerada subversiva. Falar em 13º salário, carteira assinada, pagamento de salário mínimo integral e férias nos engenhos de açúcar, era caso de polícia (a polícia ao lado dos fazendeiros, é claro).

No início da década de 1960 houve muitos assassinatos de camponeses na região, durante a repressão às Ligas Camponesas, que foram uma das primeiras formas organizadas de luta dos agricultores do Nordeste brasileiro por seus direitos. Eles ficaram tão temerosos que era difícil conseguir conversar sobre o assunto. No período em que estivemos no Brejo, eram comuns ameaças de morte pelos fazendeiros a alguns agentes pastorais e membros do Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Logo que saímos da região, uma amiga nossa, a líder sindical Margarida Alves, foi assassinada à queima-roupa e ninguém foi punido. E a sede do Centro de Orientação dos Direitos Humanos sofreu, por várias vezes, atentatos a bala.

A seção "Advogada da Saúde" foi a forma que encontramos para abordar, mais claramente, os problemas de saúde como um direito já conquistado, mas que estava sendo negado. Mas de uma forma ainda muito tímida, devido à autocensura que éramos obrigados a fazer.

#### Entrevistas com os Bichos

Eu notava que a maioria dos meus pacientes tinha uma visão bastante mágica da doença: o corpo, diante de alguns fatores (reais ou falsos), de repente ficava doente. Mas como isto acontece? O que se passa neste momento da doença? Como estes fatores causadores agem sobre o corpo? O que são estes fatores e como funcionam? Estas são questões importantes, porém meio abstratas para serem discutidas. Como fazê-lo de um modo interessante e vivo? Bem, as doenças infecciosas e parasitárias são das mais comuns na classe trabalhadora do campo. E elas têm um modelo de compreensão mais fácil. Ainda mais que micróbios e parasitas têm uma certa similaridade com os animais que faziam parte do dia-a-dia da vida dos nossos ouvintes.

Portanto, buscando uma compreensão do modo como o corpo reage aos fatores causadores da doença e de como estes fatores atuam sobre o corpo, começamos a seção das entrevistas com os bichos. Não com qualquer bicho, mas os bichos causadores de doenças. Foram "entrevistados" a jararaca, o piolho, a lombriga, o micróbio da diarreia, o escorpião, a mosca, a cascavel, etc. . Era o Dr. Saúde conversando com estes "bichos", que, na verdade, eram eu mesmo. A cada programa eu inventava uma nova voz. Eu gostava daquilo. Nas visitas aos sítios, uma das primeiras perguntas era: "como é que você faz as entrevistas com os bichos? Quan

do sabiam que era eu mesmo, ficavam pedindo que eu os imitasse em sua frente. Eu passava apertado, pois já não lembrava mais . Nas entrevistas o assunto era a sua reprodução, a descrição de sua maneira de viver, como atuava sobre o homem, como era transmitido, os fatores do ambiente de que dependia. Era uma seção engraçada. Ao final, ainda discutíamos alguns aspectos sobre o tratamento e prevenção da doença. Vamos ver um exemplo?

Dr. Saúde:

Outro dia eu estava andando no município de Dona Inês quando vi um menino obrando atrás de uma moita. Não é que ele obrou uma lombriga... E era uma lombriga falante.

Dra. Saúde:

O menino levou um susto tão grande que começou a correr sem calças, gritando:

- obrei uma lombriga falante...
- obrei uma lombriga falante...

Dr. Saúde:

Eu estava com o meu gravador e por isto corri para lá e fui fazer uma entrevista com a lombriga . Foi uma dificuldade, pois a catinga estava feia . Era uma lombriga de todo tamanho!

- Bom dia, seu lombrigo...
- Seu lombrigo é a vovozinha! Você não está vendo que eu sou uma lombriga fêmea. Olha só o meu rabo. O rabo do macho é enroladinho. O rabo da fêmea é liso e sem volta.
- Desculpe. Mas qual é o seu nome?

Lombriga:

- O meu nome é Madame Lombrigosa.

Dr. Saúde:



- Muito prazer, Madame Lombrigosa, como é que é lá dentro da barriga do Joãozinho?

Lombriga :

- Lá dentro é escuro,quentinho e cheio de caldinho de comida e de cocô. Tem cada caldinho gostoso...

- Quer dizer que a senhora vive comendo os caldinhos de cocô e de comida que existem dentro das tripas do Joãozinho, não é?

- É isto mesmo. Mas ultimamente, com a carestia que anda aqui fora, até a situação das tripas está ficando ruim. Não sobra mais comida para a gente não. Lá dentro, a gente rezava todos os dias para o preço do feijão abaixar, para ver se o Joãozinho comia um feijãozinho. É tão gostoso o caldinho de feijão quando chega lá dentro! Fica meio azedinho...

- Madame Lombrigosa, com a senhora viviam quantas lombrigas na barriga do Joãozinho?

- Éramos ao todo 39 lombrigas. Gente fina, seu doutor. Agora mesmo nós estávamos preparando para o Carnaval. Coitado do Joãozinho, vai ter uma cólica danada no carnaval.

- Até que não eram muitas não. Eu conheci um menino que tomou um remédio para verme e obrou 316 lombrigas.

- Cruz credo! Devia ser uma folia danada na barriga dele.

- Madame Lombrigosa, quantos filhos a senhora teve?

- Ih... nem sei seu doutor. Eu botava tanto ovo. Quase todos os dias eu botava 100.000 ovos.

- 100.000 ovos por dia? Nossa Senhora!...

- Estes ovos saíam pela obra do Joãozinho. Ficavam espalhadas pelo terreiro da casa dele. Também o Joãozinho não usava a privada de sua casa...

- Mas Madame Lombrigosa, como é que a senhora chegou até a barriga do Joãozinho?

- Ah, seu doutor, eu sou filha de uma lombriga que vivia na barriga do seu Raimundo, que é dono daquele armazém ali. Mas ele é meio descuidado, vivia obrando por todo canto. E perto da casa do Joãozinho tinha uma moita de bambu ajeitada. Um dia Joãozinho estava brincando de carrinho no terreiro da sua casa. Lá estava cheio de ovos das lombrigas do seu Raimundo. Ele sujou a mão na poeira e foi chupar o dedo. Aí eu entrei pela boca dele e fui para as tripas. Lá nas tripas, o meu ovo arrebentou e eu saí do ovo. O meu ovo arrebentou do mesmo jeito que o ovo de uma galinha, quando o pintinho nasce.

- Madame Lombrigosa, porque é que o Joãozinho anda tão magro e só vive se queixando de dor de barriga?

- Ah, doutor, o Joãozinho já come pouco e ainda tem que sustentar mais 39 bocas na sua barriga. E olha que nós comemos bem. Não sobra quase nada para ele. E tem mais, nós ficamos mordendo as tripas dele por dentro. Elas ficam cheias de feridinhas bem miudinhas. E o nosso cocô, seu doutor, é um veneno para as tripas do João.

- Quer dizer que vocês ainda obram dentro da barriga do Joãozinho?

- Claro, seu doutor. E quando a gente fica com raiva, a gente ajunta uma com a outra e forma um bolo só, pa

ra poder entupir as tripas dele. Aí é que o bichinho rola de dor!

- Eh... mas agora a senhora vai morrer...

- Não faz mal não, eu já estava muito velha mesmo. Eu já tinha um ano de idade. Nenhuma lombriga vive mais do que isto. Eu já estava ficando cheia de reumatismo... Morro, mas morro realizada, só de pensar que por esta vizinhança toda devem existir muitos filhos meus. O Joãozinho era danado, obrava por todo lugar. Também vi via com desinteria. Eu morro, mas os meus filhos continuam a minha missão. Cada um numa barriga.

- Obrigado, Madame Lombrigosa, aprendi muito com a senhora. Os nossos ouvintes que têm filhinhos da senhora na barriga lhe desejam uma boa morte.

A verminose era um problema para quase 100% dos nossos ouvintes. Para eles eram muito concretos e muito vivenciados os sintomas e as conseqüências físicas da doença. Quase todos conheciam bem o nome da lombriga. Eles também sabiam de muitas estratégias, com algum nível de eficiência, para o combate do verme e de seus sintomas, mas sabiam muito pouco de como se dava a interação entre o seu corpo e o verme. O que acontecia dentro de suas barrigas? Como aqueles vermes chegavam até lá? A partir deste vazio de explicações, crescia uma série de fantasias. Eram fantasias que aumentavam os sofrimentos e levava-os a falsas estratégias de luta contra a doença. A seção das entrevistas com os bichos buscava atuar nesta área do conhecimento popular, onde dominavam as fantasias, pois eram informações que eles não podiam obter com os recursos de investigação que têm no seu dia-a-dia. Como reage o corpo internamente diante das agressões? Como funcionam os organismos a

gressores? Como se dá a interação do corpo com estes organismos? Não era nossa preocupação, nesta seção, ensinar comportamentos corretos diante das doenças.

A maioria dos trabalhos de educação em saúde procura atuar apenas tentando mudar o comportamento das pessoas: deve-se fazer isto e não aquilo. É como se estes educadores partissem da idéia de que a cabeça do povo fosse um quadro negro em branco, onde todas as frases escritas pelos doutores logo se tornassem dominantes. Mas não é nada disto. A cabeça das pessoas do povo está cheia de explicações e estratégias elaboradas, muito bem articuladas entre si. Cada comportamento se baseia em uma série de explicações e vivências anteriores que, de modo nenhum, vão desaparecer apenas porque um doutor um dia disse: o certo é fazer isto. Isto parece ser uma coisa óbvia, mas é engraçado como que no dia-a-dia das práticas de educação em saúde acaba-se sempre se menosprezando esta dinâmica interna existente em cada ouvinte. Procura-se muito pouco compreendê-los e atuar num nível mais profundo, discutindo e analisando suas explicações primeiras e as suas vivências. É como se apenas as classes mais privilegiadas tivessem o direito ao ensino das ciências básicas e como se pobre fosse para ser guiado. Mas justamente porque eles têm uma estrutura de pensamento semelhante à nossa é que eles rejeitam esta "educação em saúde", desconsiderando-a e acabam sendo chamados de burros pelos educadores frustrados.

Ao abordarmos um problema de saúde, a partir de um caso concreto, estas explicações e estas vivências pessoais que justificam os comportamentos de saúde acabam aflorando e sendo discutidas, principalmente se conseguimos o diálogo. Mas é preciso, também, criar espaços educativos para discutir certos conceitos básicos

cos que servem de suportes para um entendimento mais profundo da saúde. Estes conceitos (por exemplo: micróbio, defesa imunológica, os vários órgãos do corpo e seu funcionamento, método científico) se apresentam como abstratos e de compreensão mais difícil para as pessoas do povo, pois referem-se a coisas a que não têm um acesso direto, palpável. Mas se acreditamos que são as próprias classes populares que vão descobrir e construir os seus caminhos mais importantes, a abordagem educativa destes conceitos básicos torna-se fundamental, pois ela é um saber-instrumento na construção autônoma destes caminhos. A nossa preocupação ao fazer a seção "Entrevista com os Bichos" era começar a abordar estes conceitos básicos, de forma a ajudá-los a se tornarem mais capazes de entender seus problemas de saúde e de construir suas próprias estratégias de lutas, de forma mais autônoma. Mas não era fácil encontrar formas interessantes e vivas de abordar estes conceitos, através da rádio.

#### f) O SIGNIFICADO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA PARA A EDUCAÇÃO POPULAR, NA SOCIEDADE MODERNA

Tínhamos uma boa audiência, principalmente na zona rural e periferia das cidades. Em uma pesquisa realizada no município de Pilõezinhos, pelos atendentes e visitadora sanitária do seu Centro de Saúde, viu-se que, das 64 famílias visitadas na zona rural e urbana, em 52% havia pessoas que lembravam pelo menos dois dos assuntos tratados no último programa. E 63% destas famílias tinham o costume de quase sempre ouvirem o programa. Um indicador in direto da audiência era o fato de que, em qualquer lugar que fôs-

semos, em toda a região, quer seja na zona rural ou urbana, éramos prontamente reconhecidos pela voz. O meu sotaque de Minas Gerais ajudava. Certa vez gravamos uma fita chamando a população a participar de uma campanha de vacinação de cães contra a raiva. Um carro, com sistema de som, saiu pelas cidades divulgando. Segundo o motorista, em qualquer lugar que passava o carro e ligava o som com a minha gravação, logo surgia um bando de crianças correndo para vir ver o Doutor Saúde, que achavam estar dentro do carro.

É impressionante a penetração do rádio no cotidiano da vida das famílias rurais e das periferias das cidades. Certa vez, uma aluna de um mestrado de sociologia de São Paulo, foi fazer uma pesquisa na região, sobre os hábitos domésticos das famílias rurais. Ela fez questão de nos conhecer, pois ficara impressionada como as pessoas se referiam ao programa "A Hora da Saúde", ao tentarem justificar os seus hábitos e as suas maneiras de explicar os problemas de saúde.

E não é difícil para um profissional de saúde conseguir um espaço na programação das rádios do interior. Em geral estas rádios são empresas que sobrevivem com dificuldades e têm carência de profissionais.

Este relativo sucesso do programa nos deu um respeito que foi muito importante para que pudéssemos ter uma proposta de trabalho mais audaciosa, junto à Secretaria de Saúde, onde os conflitos internos eram grandes. O acesso a outras instituições de saúde também aumentou.

Em nosso trabalho na rádio, convivemos com jornalistas dos principais jornais e repórteres de outros programas de rádio. Através da interação com estes canais de comunicação de massa criou-se novas perspectivas de trabalho. Estes meios de comunicação

de massa são um instrumento poderoso de educação popular e até de luta política. Mas para podermos utilizá-los, é preciso conhecê-los e ter relações com seus profissionais, pois nos seus interiores também existem grandes conflitos de interesses. É preciso saber a quem dirigir e como fazê-lo. Isto só se aprende com a conviência.

Às vezes, ficávamos sabendo de um acontecimento que nós não podíamos divulgar no nosso programa, por causa da nossa situação delicada na Secretaria de Saúde (uma denúncia de uma falta grave em um dos Centros de Saúde, um caso de violentação dos direitos humanos, uma promoção realizada pelo Centro de Orientação dos Direitos Humanos). Procurávamos, então, um jornalista conhecido e lhe contávamos o ocorrido. E ele fazia a divulgação sem que ninguém desconfiasse que estávamos envolvidos. Algumas vezes até escrevemos artigos para jornais. Assim, diante de vários problemas de nossa prática, passamos a contar com a divulgação dos vários órgãos de imprensa.

Durante as campanhas nacionais de vacinação contra a paralisia infantil e contra o sarampo, organizamos coberturas completas. Os supervisores visitavam os vários municípios, em carros da Secretaria de Finanças que tinham rádios que comunicavam com a Central em Guarabira. Eles nos enviavam, constantemente, notícias de vários lugares. E nós, de 30 em 30 minutos, "íamos ao ar" levando as últimas notícias sobre a campanha. Criava-se um ambiente de grande envolvimento da população. E os resultados da vacinação nestas campanhas foram excelentes.

Alguns amigos, quando souberam que eu iria trabalhar com a rádio, comentaram que os meios de comunicação de massa eram um espaço educativo de segunda categoria, pois neles a transmissão do

conhecimento só se faria em um sentido: do comunicador para o ouvinte. Seria uma educação eminentemente autoritária, pois nela não haveria diálogos. Hoje vejo que isto não é verdade, por dois motivos: primeiramente porque todo comunicador, queiram ou não, está submetido também aos seus ouvintes. Se quer ter audiência, tem que desenvolver formas para perceber o desejo da população e aprender a se expressar, pelo menos em parte, a partir do que ouviu. Portanto, de certa forma, há sempre um "diálogo" entre o povo e o comunicador. Em segundo lugar, porque esta participação popular, nos meios de comunicação de massa, pode ser ainda muito alargada, a partir de uma opção consciente do comunicador e de uma luta política dentro dos órgãos de comunicação de massa, para conquistar este espaço de participação.

O rádio nos tornou conhecidos, facilitando a nossa penetração nos grupos e nas famílias. Tornamo-nos uma fonte de referência, para onde eram encaminhados os vários problemas de saúde da região. A impressão que tive foi que o rádio significou para nós um abrir de uma porta muito ampla de comunicação com a comunidade. De repente passamos a ser conhecidos em dezenas de municípios. Recebíamos convites e cartas nos colocando diante de um mundo super vasto de problemas de saúde e doença, de movimentos e lutas e de conhecimentos populares. Era um mundo muito mais vasto do que imaginávamos existir. E o programa "A Hora da Saúde" era o momento em que toda esta variedade e riqueza se manifestava em conjunto, se interagia e se conflitava. E, no mesmo tempo, debatia-se com o nosso saber acadêmico. Com o tempo fomos percebendo que estávamos fazendo um tipo de trabalho comunitário diferente. As Experiências Alternativas de Medicina Comunitária que eu até então conhecera, tinham um campo de atuação restrito à clientela de um serviço



de saúde local, em geral, um município ou um distrito rural. A Medicina Comunitária, que estávamos exercendo com o programa de rádio, teve seus limites alargados enormemente para uma região composta de dezenas de municípios. E ao abranger os limites da nossa comunidade, os pequenos problemas individuais ali discutidos passaram a mostrar, com mais facilidade, suas raízes mais profundas. O nervosismo da Dona Maria, era também o problema de dezenas de outros ouvintes, com situações bem diferentes, com relação às circunstâncias locais de vida. Mas havia algumas igualdades que uniam os vários ouvintes: a igualdade de exploração e de carência.

Na medida em que a economia capitalista se desenvolve, concentrando a produção em empresas gigantescas e tornando ainda mais forte a divisão do trabalho na sociedade, a interdependência de várias comunidades cresce muito. Não existem mais comunidades isoladas, autônomas. Todas dependem da globalidade da sociedade e contribuem de algum modo particular. O centro de decisão dos mímos atos da vida, cada vez foge mais da comunidade local. Na medi da em que a população tende a ser uniformizada, através do consumo de massa e através da intensificação da dependência às grandes empresas capitalistas, monopolistas e ao Estado, cresce o espaço de atuação e a importância dos meios de comunicação de massa. Eles podem ser um espaço estratégico para a educação popular. Os meios de comunicação de massa, ao superarem os limites da pequena localidade, tornam-se adequados para expressar e refletir culturalmente a nova situação da população: massa de carência, massa de consumo, massa de dependência. A questão é: como e em que sentido deve ser esta reflexão e esta expressão, para que contribuam no fortalecimento do poder e do saber popular?

Mas além destas avaliações estratégicas e educativas, um

outro tipo de avaliação me tocava muito. São avaliações que recebíamos pessoalmente ou por carta. Avaliações que falam de aspectos e dimensões para as quais não tenho explicação. Eis uma carta enviada logo que chegamos das férias que passamos na Inglaterra:

Lajedos (região pertencente ao município de Santo Antônio dos Saltos de Onça, no Rio Grande do Norte).

7/10/81

Saudações a ti querido Doutor Saúde.

É pela quarta vez que eu escrevo para o programa Hora da Saúde. Já fazia muito tempo que eu não tinha escrito mais. Mas não tinha escrito mais porque os meus queridos amores não estavam na rádio. Só agora é que voltaram. Eu estou muito feliz com esta volta. Que sejam bem-vindos. São os meus votos. Olhe, Doutor Saúde, eu tenho uma admiração tão grande por este casal. Quando o senhor não estava na rádio eu ligava só prá saber quando o senhor voltava. Mas eu não tinha interesse pelo programa porque não era alegre como o seu. Olhe, pode acreditar que no dia 26, quando eu liguei o rádio e o senhor veio com aquela linda voz, eu tive tanta alegria que os meus olhos ficaram cheios de lágrimas. De tanta alegria, até bati palma prá vocês! E fiquei muito feliz com as novidades que o senhor trouxe para nós. E ao mesmo tempo fiquei triste com a notícia da doença que a sua esposa passou na Inglaterra. Mas isto é coisa da vida mesmo. Olhe, doutor, eu lhe peço muita desculpa por minha caligrafia, que é muito ruim. Eu não sei porque meu lápis está assim tão bem nervoso como eu. Olhe Doutor Saúde, eu quero que o senhor não fale meu nome. Basta só falar de onde é a carta que eu vou saber que é minha. Termino com muito desejo de ainda lhe conhecer pessoalmente. Sim, outra vez eu lhe pedi para o senhor

dar o seu nome. O senhor disse e eu não entendi direito. Se por acaso o senhor puder diga-me outra vez seu nome e da sua santa esposa. Olhe, eu lhe estou tratando assim porque para mim a senhora tem o valor de uma santa. Termine com um abraço para o Dr. Saúde e outro para a senhora Dra. Saúde. Que Deus lhe dê um bom parto. Mil felicidades.

Fim.

Porque nos enviavam tantas cartas assim, com declarações sinceras de carinho tão intenso, que não recebíamos em nenhum outro setor de nossa vida? Por que viam em nós qualidades que ninguém que nos conhecia melhor reconhecía? Minha voz nunca foi linda. Por sinal eu gaguejo muito ao falar. Nelsina nunca foi santa. Estas coisas me fazem desconfiar que éramos, para os ouvintes, algo muito diferente que a nossa própria realidade. Algo que aproximava de seus desejos inconscientes. Mas por que isto acontecia? É como se a nossa relação com os ouvintes, a massa, o povo fosse muito mais do que a simples soma das relações que tínhamos com cada pessoa. Parece que ao passarmos a trabalhar com a "massa" surgem aspectos e dimensões que não existem ao relacionarmos com pessoas individuais e pequenos grupos. Começam a aparecer coisas que ainda não sei explicar bem, mas que as palavras **mito** e **imaginário**, ou **inconsciente coletivo** parecem representar alguma coisa. Porém para mim é claro: transar com a massa, com a grande comunidade é muito diferente do que com pessoas e grupos. Mas qual a dimensão educativa de trabalhar neste nível? Não sei bem. Só sei que chega num ponto em que não temos mais escolha.

No nosso último ano na região, fui participar de uma reunião em um pequeno povoamento rural, juntamente com outros mem -

bros da equipe do Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Tinha convidado o Centro para discutir alguns problemas de direito agrário. Mas logo que eu abri a boca na reunião, me reconheceram como o Dr. Saúde. E o assunto se desviou para a saúde. Quiseram fazer uma nova reunião. Pedi então ao grupo que fizesse um levantamento da situação dos serviços de saúde da região, para que pudéssemos discutir na próxima reunião. Na data marcada, ao chegar na capela onde haveria a reunião, levei um susto: havia uma verdadeira multidão. Eram mais de 200 pessoas. E o ambiente era de festa. Crianças brincando, casais de namorados sorrindo. Acho que houve até fogos. Como conduzir a reunião? Na confusão, seguimos o modelo tradicional das reuniões feitas pela Igreja: parte-se de um problema concreto da região e coordena-se uma troca de idéias sobre o assunto. No decorrer da discussão os coordenadores vão também colocando sua opinião. O problema concreto escolhido era a situação dos serviços de saúde da região, que alguns jovens tinham ficado de levantar. Mas o diálogo não se estabelecia. As pessoas olhavam para mim esperando alguma coisa nova. Tentamos mudar de assunto, mas nada colava. O zum-zum-zum começou e não conseguimos controlar mais a reunião. Saimos frustrados. A impressão que ficamos foi a de que eles queriam uma coisa diferente. Talvez uma exposição do tipo de um SHOW. Havia acontecido uma mudança: não estávamos mais diante de um grupo onde o modelo de reunião baseada no diálogo, na relação pessoa-pessoa dava certo. Aquela reunião não era mais uma soma de pessoas individuais, era uma massa, uma multidão que estava lá para transar com um mito, alguém que não existia, por meio de relação indivíduo-indivíduo. Uma multidão com uma personalidade própria e diferente do que cada um de seus membros separados. Muitas daquelas pessoas tinham estado comigo há

semanas em um grupo pequeno e tinha havido uma relação tranqüila e simples. Como atuar nesta comunidade-massa para que tenhamos um resultado realmente educativo e não alienador? Aceitar a relação mito-massa? Não tenho respostas. Só sei que esta é uma questão importante, pois na medida em que a sociedade vai se tornando mais complexa, mais interdependente e que os canais de comunicação de massa vão ganhando maior penetração, a população, queiramos ou não, vai desenvolvendo este seu caráter de comportamento de massa, com seus mitos e seu imaginário coletivo. Como exemplos marcantes disto, temos as manifestações públicas de 1984 e 1985 pelas eleições diretas e pela morte de Tancredo Neves. Se esta é uma dimensão importante de realidade, os profissionais de saúde que abordam os problemas coletivos da população têm que encará-la como uma responsabilidade profissional.

## CAPÍTULO VII

A PERSEGUIÇÃO POLÍTICA COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DAS  
CLASSES DOMINANTES. A RESISTÊNCIA DOS DOMINADOS :  
UMA CONTRA-PEDAGOGIA

Estávamos trabalhando em um projeto de Medicina Comunitária no Nordeste brasileiro, estreitamente integrado e apropriado pela estrutura política dominante. Neste sentido, ele se voltava para conservação da legitimidade da ordem econômica existente. Mas, a partir do nosso trabalho profissional, procurávamos reorientar parte daquelas ações de saúde por uma lógica política mais de acordo com os interesses populares. Assim, com o tempo, criamos espaços de atuação alternativos ao projeto oficial de Medicina Comunitária: o programa de rádio, o Centro de Saúde de Pilõezinhos, a Associação do Bairro do Juá, movimento popular de saúde e o estágio rural dos alunos da UFPb. Participávamos, então, de uma Experiência Alternativa de Medicina Comunitária, cujas características já foram discutidas no Segundo Capítulo. Como todas as outras Experiências Alternativas de Medicina Comunitária, também esta era altamente contraditória, na medida em que continuava a ser influenciada pelas várias forças políticas e econômicas desta sociedade dividida em classes sociais em luta. Era uma Experiência Alternativa de Medicina Comunitária que se sustentava em bases muito frágeis: o movimento popular da região era muito fraco e não tinha se engajado com firmeza na proposta. Além do mais, os profissionais da região não estavam, de forma alguma, organizados e articulados em torno do projeto. Ele se sustentava basicamente sobre o trabalho de apenas dois profissionais (Nelsina e eu) e no apoio esporádico de

dois outros supervisores do II Núcleo Regional de Saúde. Era uma Experiência Alternativa de Medicina Comunitária "capenga" e frágil, construída numa sociedade onde as classes dominantes tinham uma hegemonia quase total sobre a vida social.

Nossa situação profissional era, portanto, muito delicada e só se sustentava na medida em que conseguíamos manter escondidas muitas de nossas práticas e muitas das nossas ligações. As que mais cuidávamos em manter acobertadas eram as relações com a Igreja local, principalmente com a sua pastoral dos direitos humanos e da terra. Os políticos locais, guardiães dos interesses da classe dominante, não toleravam o trabalho da Igreja, quando voltado ao apoio às lutas populares em defesa de seus direitos, principalmente em questões ligadas à posse da terra e aos direitos trabalhistas.

Não é fácil para um agente de uma Experiência Alternativa de Medicina Comunitária manter sua prática camuflada em uma pequena cidade do interior, como Guarabira. Até as amizades com pessoas da classe média local nós tínhamos que evitar, pois apesar de muitos serem excelentes figuras humanas, sabíamos que qualquer informação nossa que caísse no meio deste grupo relativamente pequeno, fatalmente chegaria aos políticos do partido dominante. Procurávamos sempre controlar as opiniões que emitíamos nos bate-papos, no serviço e nos encontros na rua. Como não podíamos explicar e defender a nossa maneira de ser, acredito que, para muitos, não passávamos de dois bobos ingênuos. Estes julgamentos sociais dos grupos de classe média não nos afetavam muito, pois acabávamos não sabendo deles. O nosso relacionamento se restringia muito a pessoas do povo. Com certeza esta separação nossa de uma parte da sociedade não precisava ser tão in-

tensa. Mas, como éramos novatos na região, não conhecíamos quem era quem. Por via das dúvidas, evitávamos expor nossas idéias a pessoas que não estivessem ligadas ao movimento popular. O nosso relacionamento com a classe média e a elite local era sempre tático.

Hoje, após estar morando há 3 anos em uma grande cidade, assusto-me ao relembrar tais fatos: como me acostumei a uma vida tão vigiada e reprimida! Mas o que é realmente assustador é saber que uma boa parte da população brasileira ainda vive "acostumada" neste ambiente de medo e de repressão por parte das elites políticas e econômicas locais. Ainda mais: toda a nação brasileira viveu este drama durante a maior parte do tempo da ditadura militar, pós 1964. O trabalhador do campo convive diariamente, há séculos, com esta repressão de suas idéias e de seus atos, no relacionamento com as elites que controlam o seu acesso a bens e serviços, dos quais depende para sobreviver (a terra para plantar, o carro para levar o filho doente ao posto, a ajuda para comprar remédio em uma crise, o "direito" de não ser molestado pela polícia, etc.). Estes bens e serviços que deveriam ser um direito, na verdade só são cedidos como um favor pessoal, dependendo portanto de se conseguir agradar membros da elite.

Na medida em que o tempo vai passando, torna-se difícil ao profissional que se engaja nos movimentos populares e que procura redirecionar sua prática institucional, segundo os seus interesses, manter-se a salvo da repressão política. Começamos a ficar muito conhecidos, principalmente com o programa de rádio. Alguns populares que participavam das nossas reuniões do Centro de Orientação dos Direitos Humanos tinham relações, que



nós não imaginávamos, com políticos locais. E nem sempre os companheiros de pastoral aceitavam os nossos cuidados, pois não entendiam o que era tentar conciliar uma atuação a nível da base, com uma atuação a nível das instituições do Estado, em um período de ditadura. Ficávamos, muitas vezes, constrangidos de tomar nossas precauções, com medo de estarmos parecendo covardes em não assumir os riscos da nossa ação. De fato, o limite entre covardia e precaução realista é impreciso.

Aos poucos, começaram a surgir no II Núcleo Regional de Saúde, comentários sobre o nosso provável envolvimento com atividades junto aos movimentos populares, através da Igreja, o que sempre procurávamos desmentir. Fomos chamados a João Pessoa pelo Secretário da Saúde, que nos advertiu não tolerar nossa continuidade na sua Secretaria, se fosse confirmada nossa participação em reuniões pastorais em áreas rurais.

Mas, ao mesmo tempo em que o tornar conhecido desven-dava a nossa ligação com o projeto de educação popular da Igre-ja, ele também nos dava uma segurança. Imaginávamos que os políticos do partido dominante não iriam querer nos perseguir, pelo medo de que isto revertesse em um desprestígio eleitoral. Afi-nal, as eleições de 1982 se aproximavam. Por isto, começamos a-té a ficar mais tranquilos. Íamos conseguindo um aliado político fundamental: os movimentos populares que se estruturavam aos poucos.

Nossa tranqüillidade, no entanto, esquecia de uma di-mensão importante da repressão política. Ela não acontece ape-nas para remover obstáculos à hegemonia das classes dominantes, ou seja, retirar do campo de luta pessoas que estão atuando em sentido discordante. A repressão política a alguns indivíduos

tem também um sentido pedagógico para toda a sociedade. É a pedagogia da disciplina. Ao reprimir um indivíduo, a classe dominante mostra a toda a população que não aceita divergências acima de um certo nível. Às vezes, preferem conviver com algumas reações: mobilizações populares, quedas transitórias de prestígio eleitoral, etc., para poder manter a disciplina da sociedade como um todo. O medo é uma importante forma de controlar os membros da sociedade.

#### a) UM DESCUIDO FATAL: A CELEBRAÇÃO DA "INDISCIPLINA"

Em 1981, a região do Brejo tornou-se uma diocese independente da Arquidiocese da Paraíba. Dom Marcelo Cavalheira foi confirmado como o seu bispo. Era o reconhecer do crescimento da Igreja na Região. Para comemorar, preparou-se uma grande festa: uma grande celebração em praça pública, com romarias vindas de todos os municípios. Dom Marcelo foi nos convidar pessoalmente para participarmos da celebração, representando os casais da região. Ficamos envaidecidos com o convite e "topamos" enfrentar o risco da participação. Afinal de contas, seríamos apresentados apenas como representantes dos casais da região. Não seria nada que nos vinculasse à pastoral da terra ou à pastoral dos direitos humanos. No fundo, estávamos cansados de estar sempre precisando negar socialmente dimensões da nossa realidade pessoal. A confiança no apoio da população, ao Doutor e à Doutora Saúde dava-nos ânimo de diminuir aquela situação de contenção.

E a grande festa aconteceu! Uma multidão de cerca de vinte mil pessoas estava presente na praça da Igreja Matriz. E-

ra gente vinda dos 20 municípios da região. Estavam presentes , também, em um palanque ao lado, as autoridades civis e militares da região (oficialmente as relações entre a Igreja e o Governo eram amistosas). Foi uma celebração bem preparada, com dramatizações, depoimentos, cantorias, etc.. Um dos momentos da celebração era quando representantes dos diversos setores da sociedade local iam levar o seu apoio ao novo bispo e à nova diocese, através de um abraço a Dom Marcelo. Lá fomos, Nelsina e eu, representando os casais da região. Mas nossa surpresa foi quando o locutor nos anunciou, diante daquele povo e de todas as autoridades: "Agora Dr. Eymard e Dra. Nelsina, membros do Centro de Orientação dos Direitos Humanos, vão levar a Dom Marcelo..."

Um descuido do locutor que acabou de nos desnudar diante do poder local! Foi a gota que faltava para o copo d'água transbordar. Possivelmente aquele copo iria transbordar, mais dia ou menos dia, mesmo que tal descuido não acontecesse. Nós é ramos dois pequenos opositores, dois franco-atiradores, vivendo no quintal (a Secretaria de Saúde) da casa da todo-poderosa classe dominante local. As organizações populares ainda eram muito fracas para darem sustentação a uma situação como aquela.

#### b) "ESPERNEAR" TAMBÉM É EDUCAR

Antes de completar um mês da grande festa, colegas de trabalho do II Núcleo Regional da Saúde começaram, novamente, a comentar conosco que representantes locais do partido do Governo estavam articulando a nossa retirada da região. Resolvi procurar o chefe local do partido para conversar sobre o assunto .

Fui recebido de forma muito amável. Ele logo me afirmou que de fato houvera algumas conversas neste sentido, quando o Secretário da Saúde visitara Guarabira, uma semana antes. Mas o mal-entendido fora esclarecido e eu podia ficar sossegado. Despediu-se muito calorosamente. Impressionante esta máscara cortês de grande parte dos políticos tradicionais! Uma máscara para esconder a violência embutida em suas ações. Aquele mesmo Dr. Jader Pimentel, sempre sorridente, cortês e amável com todos, tinha articulado a prisão de muitos moradores da região, após a Revolução de 1964 e tinha removido de seus empregos muitos funcionários menos "dóceis".

Dez dias depois, recebemos um ofício do Secretário da Saúde nos devolvendo à Universidade, por não considerar o nosso trabalho de interesse para aquela instituição. Apesar de todos os acontecimentos anteriores, a notícia nos surpreendeu, pois estávamos confiantes que o nosso prestígio junto à população amedrontaria os políticos do partido do Governo. Afinal, nós nunca tínhamos confrontado, abertamente, com nenhum deles, nunca tínhamos nos posicionado publicamente contra o projeto político do Governo e nem apoiado partidos políticos da oposição. Mas aqueles políticos sabiam, talvez com mais clareza do que nós naquela época, que muito mais grave do que pequenas confrontações públicas era a nossa tentativa de apoiar os movimentos populares na sua luta contra o poder econômico, ou seja, os latifundiários. Eles sabiam que o sistema político da região sustentava-se na estrutura econômica.

Então, o que fazer diante daquela situação? Só nos cabia resistir. Mas optar pela resistência não foi uma decisão tranqüila. Nelsina estava no final da gestação do nosso 1º fi -

lho. Sentíamos-nos inseguros. Logo começaram a chegar telefonemas de familiares pedindo que tivéssemos cuidado, pois o conflito podia se intensificar e tornar-se violento. Nós sabíamos que a classe política dominante, em seus conflitos, muitas vezes, apelava para o uso de pistoleiros. Tivemos medo. Além disto, ficamos confusos sobre que sentido político e pedagógico haveria para a população em uma campanha de luta pela nossa permanência. Seria apenas uma mobilização da população em torno de um interesse pessoal? Ou seria uma luta popular mais ampla, em que a nossa permanência significaria uma resistência à dominação política e uma mobilização a favor de uma forma alternativa de organizar os serviços de saúde? Não queríamos usar a população como massa de manobra para nos afirmarmos pessoalmente, ou nos vingar da perseguição que estávamos sofrendo.

O apoio de alguns membros do Centro de Orientação dos Direitos Humanos e do clero local nos animou e nos ajudou a ter mais clareza. Percebemos que o nosso problema pessoal, não era só pessoal. Antes de tudo, era um problema político. Desvendar e divulgar esta situação seria também educar os nossos ouvintes sobre o funcionamento da sociedade e sobre as razões de não ser a saúde um direito assegurado a todos os cidadãos. Calar, neste momento, seria negar o que havíamos ensinado no Centro de Orientação dos Direitos Humanos: é preciso resistir a todas as formas de dominação, tentando mostrar que elas, apesar de se mostrarem como problemas individuais, são, na verdade, problemas de todos os trabalhadores. Depois de termos vivido este constrangimento de lutar contra a perseguição política que estávamos sofrendo, pude entender melhor o constrangimento de muitos populares, que conhecíamos pelo Centro de Orientação dos Di

reitos Humanos, em levar em frente suas lutas. Muitos achavam que o seu caso de exploração era um problema só deles e que, por tanto, não tinham o direito de incomodar os outros.

Como estratégia de reação, nós nos comportamos no II Núcleo Regional de Saúde como quem tinha aceito docilmente a de cisão. Porém, no sábado, em nosso programa de rádio, divulgamos o acontecido e tentamos analisar as razões. Até o nome dos polí ticos que tinham tomado a frente da articulação nós divulgamos. A partir daí, a agitação iniciou. A sociedade civil do Brejo Pa raibano se manifestou então de uma forma que jamais poderíamos prever, confirmando para nós a importância de estar sempre dis postos a reagir a todas as formas de dominação.

### c) UMA REAÇÃO SURPREENDENTE. A SOCIEDADE JÁ NÃO ERA A MESMA

A nossa expulsão de Guarabira tornou-se o assunto dos bate-papos na região. A Rádio Cultura de Guarabira, nos seus no ticiários e programas de debates, esquentava o assunto, trazendo sempre detalhes do fato, entrevistas com políticos oposicio nistas, notas de repúdio emitidas por algumas entidades civis locais (Sindicato de Trabalhadores Rurais, Câmara de Vereadores de Guarabira, Associação dos Docentes da Faculdade de Filosofia de Guarabira, a Igreja, etc.). Nos programas sertanejos, eram li das cartas de ouvintes, protestando. Alguns jornais da Capital noticiaram o fato. Nas reuniões das Comunidades Eclesiais de Ba se, muitos agentes pastorais levavam o nosso caso para ser dis cutido. Começaram a ser feitos abaixo-assinados nos mais distan tes lugarejos, exigindo a nossa permanência na região e conde -

nando o ato de perseguição política. Dezenas de cartas de ouvintes de várias cidades começaram a chegar, inclusive ao Reitor da UFPb, pedindo que fôssemos mantidos em Guarabira, mesmo tendo sido devolvidos pela Secretaria de Saúde.

Apesar de toda a mobilização se centrar na questão da nossa permanência na região, as cartas, os abaixo-assinados e as discussões nas comunidades expressavam que, no fundo, eles lutavam por nós, não porque fôssemos simpáticos ou bonzinhos, mas porque representávamos a continuidade de um trabalho de Medicina Comunitária, de acordo com os seus interesses e, ao mesmo tempo, a nossa permanência significaria uma derrota ao autoritarismo político que eles sentiam "na carne", constantemente.

Os três políticos que haviam articulado nossa transferência de Guarabira não esperavam uma reação tão grande. Afinal de contas, estavam acostumados a fazer atos como aquele, sem que nada acontecesse. Tentando se livrar das acusações, um dos políticos foi à rádio dizer que tudo aquilo era calúnia inventada pelo Centro de Orientação dos Direitos Humanos. Sua reação só facilitou para que o Centro também tivesse acesso à rádio, para comprovar suas acusações. E a polêmica ia aumentando. O partido da oposição aproveitou como pode do caso para desgastar seus adversários. Aquela reação era sinal de uma mudança que vinha ocorrendo na sociedade: a população vinha se organizando. Iam surgindo algumas entidades civis, defendendo idéias e direitos e as pessoas estavam entendendo mais as amarras de opressão que os subjugavam. Afinal de contas, estávamos em 1982, quando o regime político implantado pela Revolução de 1964 ia sendo progressivamente desgastado pelo descontentamento generalizado. O apoio à nossa permanência na região foi uma forma de manifesta-

ção desta situação social. Soubemos, por pessoas ligadas ao partido do Governo, que os políticos responsáveis pela transferência estavam espantados e preocupados, pois em novembro de 1982 haveria eleições e nesta candidatar-se-iam a prefeito, vereador e deputado estadual.

Durante 3 semanas, a questão do autoritarismo político e da destruição de uma prática de saúde alternativa, que o nosso caso representava, ficou na "crista da onda". Ao final do período, o Centro de Orientação dos Direitos Humanos articulou com lideranças comunitárias a ida de uma delegação de representantes dos vários municípios a João Pessoa entregar, ao Reitor da Universidade federal da Paraíba, os 72 abaixo-assinados realizados em povoados, bairros e lugarejos de 20 municípios, totalizando 7.682 assinaturas, pedindo que fôssemos mantidos na região, apesar do nosso afastamento da Secretaria Estadual de Saúde. Quarenta e duas pessoas de 14 municípios lotaram um ônibus e foram até a Cidade Universitária levar abaixo-assinados como o de Jaboticatuba, município de Arara, que tinha o seguinte cabeçalho:

Senhor Reitor professor Berilo Borba,

Aqui em Jaboticatuba ficamos todos na maior preocupação em saber que o Dr. Eymard e Dra. Nelsina foram expulsos de Guarabira. Pedimos ao Reitor pela sua gentileza, por bondade, pelo seu caráter, que os mesmos voltem para a região do brejo para fazer o mesmo trabalho.

Ouvimos no rádio que foram os políticos que jogaram fora de Guarabira porque não precisavam do trabalho do Dr. Eymard e Dra. Nelsina, mas esqueceram do povo que sofre muito sem ter o suficiente



para viver. Claro que os políticos podem dizer que não precisam do trabalho dos mesmos Dr. e Dra., pois eles têm tudo em mão. Agora o povão é quem fica aí sem receber nem uma ajuda nem orientação qualquer. Dr. Eymard e Dra. Nelsina se dedicavam muito a ajudar o povo em várias maneiras. Sendo expulsos da Secretaria de Saúde não sabemos qual é nossa solução.

Quem nos orienta agora?

Quem precisa mais de Dr. Eymard e Dra. Nelsina é os políticos ou o povão sofrido?

Será que são os políticos que devem dizer se eles estão sendo útil, ou nós?

Pedimos a volta dos doutores que foram expulsos.

Assina-se.....

A delegação esperou toda a tarde na Reitora e, ao final, nem foi recebida pelo Reitor. Afinal de contas, nesta época, os Reitores das Universidades federais eram escolhidos pelo Governo Federal, após ouvir as lideranças políticas estaduais. Com este sistema de poder, a autonomia universitária não podia contrariar os interesses maiores do poder político. Ficou então decidido pelo Reitor: teríamos que ir para João Pessoa.

A resistência do movimento popular e das organizações civis tem um limite. Resistir significa concentrar energias quando uma série de outros problemas estão ocorrendo. Resistir significa se desgastar com a classe dominante, o que traz consequências negativas para o futuro. Afinal, ela tem o controle dos vários setores da sociedade e dos quais todos dependem de alguma forma. Na medida em que o tempo passava, a resistência ia diminuindo. Em uma entrevista que o bispo, Dom Marceelo, foi chamado a dar na Rádio, perguntaram-lhe como via a nossa expulsão

da região e se a considerava como um ato de perseguição à Igreja. Dom Marcelo elogiou nossa atuação como cidadãos, mas disse que nossa retirada não significava um ato de perseguição à Igreja, pois nós não fomos perseguidos por sermos membros da Igreja. Esta declaração irritou os companheiros mais chegados, pois afinal, o nosso afastamento da região havia sido desencadeado pelo fato da nossa ligação com o Centro de Orientação dos Direitos Humanos ter se tornado pública. A cúpula da Igreja não queria criar uma situação de conflito aberto com o partido dominante, apenas por causa do nosso caso. Afinal de contas, aquela situação de trégua, pelo menos, permitia-lhe continuar atuando na rádio, nas comunidades de base e nas Igrejas. Era ainda um tempo de ditadura. Até hoje não sei avaliar bem o acerto ou não desta posição da Igreja.

Em março de 1982 deixamos Guarabira. Antes, porém, fui pessoalmente nas saídas das missas, em reuniões das comunidades de base e numa grande concentração sindical ocorrida na região, distribuir uma carta de despedida à população. Nelsina não pode participar desta despedida, porque nosso 1º filho nascera há poucos dias. Eis a nossa carta de despedida:

CARTA DO DOUTOR SAÚDE E DA DOUTORA SAÚDE ÀS COMUNIDADES DO BREJO

Já faz quase 4 anos que chegamos em Guarabira para ajudar nos trabalhos da Secretaria de Saúde e acompanhar os alunos de Medicina, Enfermagem e Odontologia da Universidade de João Pessoa que vinham fazer estágio aqui.

Começamos a trabalhar nos fins de semana, junto ao CENTRO DE ORIENTAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS da Diocese

de Guarabira porque sabemos que muitas das doenças do povo acontecem porque os seus direitos não são respeitados.

Logo que a Rádio Cultura começou a funcionar, começamos a fazer o programa "A HORA DA SAÚDE". Neste programa nós orientávamos sobre as DOENÇAS e falávamos as coisas erradas que estavam prejudicando a saúde da comunidade. Nosso nome na rádio era Doutor e Doutora Saúde.

No começo deste ano, levamos um susto quando ficamos sabendo que três políticos do PDS, José Januncio, Jader Pimentel, Aloíso Pereira, tinham forçado a nossa transferência para João Pessoa. Estes políticos mostraram que são contra as pessoas que ajudam o povo a buscar os seus direitos. Eles acham que todos os funcionários públicos têm a obrigação de ficar fazendo propaganda do partido do governo. Esquecem que os funcionários são sustentados pelos impostos pagos por todos nós trabalhadores.

Quando vocês, das comunidades, ficaram sabendo da perseguição, houve muita reação. Em vinte cidades foram feitos abaixo-assinados, que, reunidos, deram mais de sete mil assinaturas. Muitos Sindicatos de Trabalhadores e outras instituições escreveram cartas de apoio. Mas não adiantou. A palavra de apenas três políticos valeu mais para as autoridades do que a voz de mais de sete mil pessoas do povo. Isso mostrou como AINDA NÃO É A VONTADE DO POVO QUE DECIDE AS COISAS NO NOSSO PAÍS. E nós dois fomos transferidos para João Pessoa.

Mas mesmo assim, não querendo abandonar o povo que tanto nos apoiou, tínhamos conseguido, a muito custo, um novo horário para ficar fazendo o programa "Nossa Saúde, Nossa Luta", nos domingos pela manhã. Mas agora, recebemos uma carta do diretor da Rádio Cultura de Guarabira, dizendo que o nosso programa foi cortado. E quando fomos falar com esse diretor, ele mostrou que estava sendo pressionado por políti

cos do PDS. A Rádio Cultura de Guarabira é particular e seus diretores são comerciantes e empresários e não podem se comprometer. A perseguição contra nós, mostrou o jeito com que os poderosos agem para não deixar que um pouco mais da verdade chegue até o povo. Os jornais, a televisão e as outras rádios também são controladas por eles.

Nós nunca fizemos propaganda política de nenhum partido. Mesmo assim, fomos acusados de fazer isso e tirados de Guarabira e do Brejo. Vamos tristes e já com saudades, mas vamos orgulhosos do carinho que recebemos de vocês.

Temos confiança de que vocês, que não se conformam com injustiças como essa, saberão continuar firmes, lutando para mudar essa situação e criar um mundo mais justo.

Até outro dia, um abraço dos amigos,

Eymard Mourão Vasconcelos  
Nelsina de Oliveira Dias

Saímos de Guarabira podendo despedir de amigos e dizendo que, talvez, um dia voltássemos. Infelizmente nem sempre isto acontece com as vítimas da repressão política da classe dominante. Ela tem também outras maneiras de agir. Um ano após a nossa saída, no dia 12 de agosto de 1983, MARGARIDA ALVES, uma companheira de trabalho no Centro de Orientação dos Direitos Humanos, foi assassinada por um pistoleiro, com um tiro à queimadura, no rosto. Margarida era presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Alagoa Grande, um dos municípios da região do Brejo. Ela era muito combativa e por isto conseguiu uma grande liderança na região. Sem dúvida, foi mais um ato pedagógico (pedagogia da disciplina) da elite econômica local: os usinei -

ros e plantadores de cana. A grande luta de Margarida era pelo cumprimento da legislação trabalhista nas usinas de açúcar e nas grandes plantações de cana que dominavam o município. Mas este método pedagógico da disciplina estava perdendo sua eficácia: no enterro de Margarida, 5.000 trabalhadores de vários municípios estavam presentes, desafiando a lei do medo. Alguma coisa nova estava acontecendo na região, uma nova força social vinha emergindo: a semente de uma nova sociedade. Mas a velha sociedade ainda continuava firme. Dois anos após o assassinato, os responsáveis continuam impunes, pois a Secretaria de Segurança Pública vem boicotando as tentativas de apuração do crime.

**d) A CLASSE DOMINANTE MOSTROU A TODOS O SEU PODER, MAS...**

A nossa transferência para João Pessoa foi a forma como se manifestou a repressão do poder político da classe dominante sobre uma tentativa de reorientação da prática de saúde, uma Experiência Alternativa de Medicina Comunitária. A saúde é um espaço onde se manifestam as contradições de classe da sociedade. Dependendo da forma como estas contradições são trabalhadas pela medicina, a saúde torna-se um espaço de contestação à ordem econômica vigente. Isto não é tolerado, a não ser que as organizações populares e outras entidades civis estejam a tal ponto fortalecidas e engajadas no projeto de saúde, que consigam sustentá-lo. Isto tem acontecido em algumas Experiências Alternativas de medicina Comunitária, tais como: os Centros de Saúde da Zona Leste da Cidade de São Paulo, o Hospital do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga (Goiás), os Postos de

Saúde de São João do Araguaia (Pará), os Centros de Saúde do município de Diadema (São Paulo), etc.. Outras Experiências Alternativas de Medicina Comunitária são como a do Brejo Paraibano : sobrevivem por alguns anos, até que as forças contrárias a derrotem. Mas elas renascem em outros lugares; afinal, são frutos de um movimento social, com raízes profundas. E enquanto elas estiveram em atividade, aprendizados foram feitos, organizações populares se ampliaram, profissionais de saúde ganharam uma referência para reorientarem suas práticas e suas relações de trabalho. ~~Todas estas coisas vão, um dia, se reencontrar em um novo movimento social!~~

Tivemos que deixar o nosso projeto de trabalho, mas por outro lado, esta mudança nos possibilitou fazer um curso de Mestrado, onde tivemos oportunidade de parar para refletir as nossas propostas e a nossa prática. Passamos a entender melhor a sociedade onde estávamos atuando e o significado da prática médica. Vamos voltar a trabalhar em algum canto deste Brasil, de forma mais madura. A luta pela construção de uma medicina apropriada aos trabalhadores vai continuando em suas múltiplas frentes. Além disto, esta parada permitiu-me elaborar toda esta reflexão sobre este processo de luta, que espero possa ser útil a outros profissionais e cidadãos que estão navegando em barcos semelhantes ou que pretendem se embrenhar por caminhos parecidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, Beatriz. Para analisar uma prática de educação popular. Cadernos de Educação Popular. Petrópolis, (1): 7 - 48, 1981.
2. DREIFUSS, René. 1964: A conquista do Estado. Petrópolis, Vozes, 1981.
3. GORZ, André. Adeus ao proletariado. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.
4. IANNI, Otávio. A ditadura de grande capital. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1981.
5. KLOETZEL, Kurt. Raciocínio Clínico. São Paulo, Edart, 1977.
6. LIBÂNEO, José Carlos. Tendências pedagógicas da prática escolar. ANDE - Revista da Associação Nacional de Educação, São Paulo(6) 11 - 9, 1983.
7. O'CONNOR, J. USA - A crise do Estado Capitalista. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
8. SOBRINHO, Délcio Fonseca. Autoritarismo e política social: os programas de medicina simplificada no Brasil. Belo Horizonte, UFMG, 1984. (Dissertação de Mestrado).
9. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Contexto das políticas sociais no Brasil. 1974 - 1984. Belo Horizonte, UFMG, 1986. (Dissertação de Mestrado).

7- Mendes, E. Veloso - Evolução histórica da política médica.  
Belo Horizonte, PUC/MG, 1980. (Mimeo).