

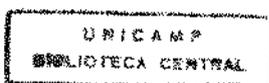
MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

***O ENSINO MÉDICO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DO PROJETO PAULÍNIA***

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Doutor em
Medicina, área de Saúde Coletiva*

Orientadora: PROFa. DRa. ANA MARIA CANESQUI

Campinas, 1995



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	TUNICAMP
	21/12/95
V	Ex
PROB. BC/	06719
PROB.	00796
6	<input type="checkbox"/>
PROB. TS	11,35
DATA	21/12/95
N.º CPDC	m.0002359 2-5

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Andrade, Maria da Graça Garcia

L536p O ensino médico e os serviços de saúde : estudo de caso do projeto Paulínia / Maria das Graça Garcia Andrade. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Ana Maria Canesqui

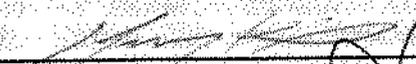
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde 2. Integração docente-assistencial. 3. Educação médica.
I. Canesqui, Ana Maria. II Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

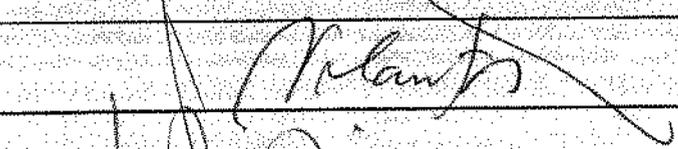
Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

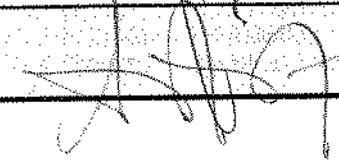
Membros:

1. 

2. 

3. 

4. 

5. 

Curso de pós-graduação em Medicina, área Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

18/12/95

Agradecimentos

A realização deste estudo permitiu entrar em contato com a construção de um projeto cuja trajetória, bastante rica, era, por várias razões, desconhecida da maioria dos que nele atuávamos. Recuperar, ainda que não totalmente, a dinâmica política e institucional desta experiência e conhecer os embates a que ela esteve sujeita, ao longo de mais de duas décadas, ajudou, também, a entender melhor os acontecimentos políticos que, mais recentemente, levaram a sua interrupção.

Ainda que muitos dos que nela militaram, não mais participem de uma mesma equipe de trabalho, continuamos a acreditar e a lutar na perspectiva da construção coletiva de um projeto realmente público, que alcance a plena conquista da saúde e da cidadania. E continuamos, também, a lutar por serviços de saúde de qualidade para o atendimento à população e a acreditar que, por esta razão, servem para o ensino.

Em meio a tantos a quem seria necessário agradecer, uma primeira referência deve ser feita aos trabalhadores de saúde de Paulínia, pertencentes às várias instituições participantes do projeto, com quem compartilhei, nos últimos anos, muitas das alegrias e dificuldades desta experiência.

Aos colegas da área de Medicina Comunitária, com quem, mais de perto, continuo dividindo angústias e esperanças em um novo projeto. Em especial à Sílvia, pelo apoio e amizade.

À professora Ana Maria Canesqui, pelo seu estímulo a este estudo e pela sua efetiva e paciente orientação.

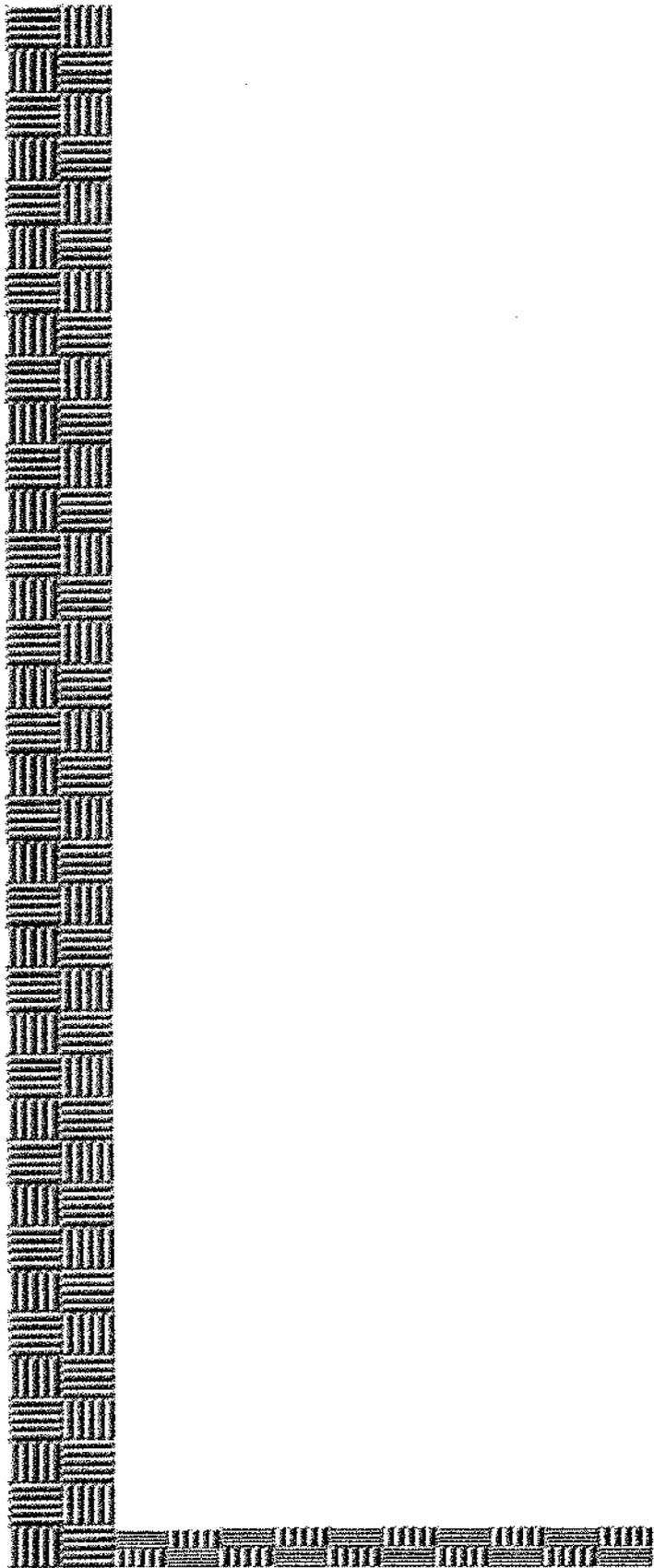
A todos os colegas, docentes e funcionários do departamento de Medicina Preventiva e Social, pelo apoio nos momentos difíceis do projeto extramuros, que não foram poucos nestes trinta anos de vida departamental.

Aos funcionários do Seção de Apoio Didático da Faculdade de Ciências Médicas, em particular à d. Maíse e à Renata, pela disponibilidade na correção e editoração da tese.

A todos que contribuíram com documentos e às pessoas que se dispuseram, através das entrevistas, a construir a memória desta experiência.

Aos docentes da primeira hora do projeto de Paulínia, pela sua paixão e ousadia.

*A meus pais
Alúcio e Lúzia*

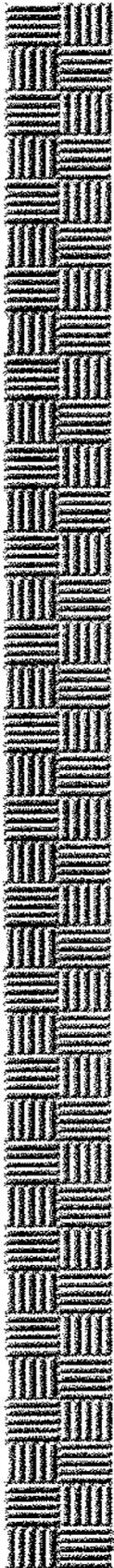


SUMÁRIO



RESUMO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. POLÍTICAS SETORIAIS - 1965 - 1985.....	9
2.1. As diretrizes políticas para a educação médica.....	10
2.2. A política de saúde no período de estudo.....	24
3. EDUCAÇÃO MÉDICA E OS MOVIMENTOS DE REFORMA MÉDICA.....	47
3.1. O Movimento Preventivista.....	49
3.2. A Medicina Comunitária.....	55
3.3. A Integração Docente-Assistencial.....	63
3.4. A influência dos movimentos de reforma sobre as escolas médicas brasileiras.....	70
3.4.1. Os departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas brasileiras.....	70
3.4.2. O debate sobre a educação médica e a relação ensino-serviço nos departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo.....	73
4. O PROJETO DE PAULÍNIA : IMPLANTAÇÃO E CRISE - 1970 - 1974.....	80
4.1. Os antecedentes do projeto de Paulínia: o modelo preventivista tradicional.	81
4.2. Da experiência preventivista à construção de um projeto político para o setor saúde.....	89
4.2.1. A formulação teórico-conceitual do projeto de Paulínia.....	93
4.2.2. A implantação e a implementação do projeto de Paulínia.....	116
4.2.3. As relações entre formulação e implementação do projeto de Paulínia no primeiro período.....	142
4.3. A crise político-institucional do projeto.....	149

5. O PROJETO DE PAULÍNIA: EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO - 1975 - 1985.....	158
5.1. O período pós-crise até 1978.....	159
5.2. A construção de um sistema público de saúde no município de Paulínia - 1979 - 1985.....	169
5.2.1. A formulação do projeto.....	172
A. Primeiro momento - 1979 - 1982.....	172
B. Segundo momento - 1983 - 1985.....	180
5.2.2. A implementação do projeto.....	192
A. Primeiro momento - 1979 - 1982.....	192
B. Segundo momento - 1983 - 1985.....	208
5.2.3. As relações entre formulação e implementação do projeto de Paulínia no terceiro período.....	229
6. CONCLUSÃO.....	237
7. SUMMARY.....	244
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	246
9. ANEXO - RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	265



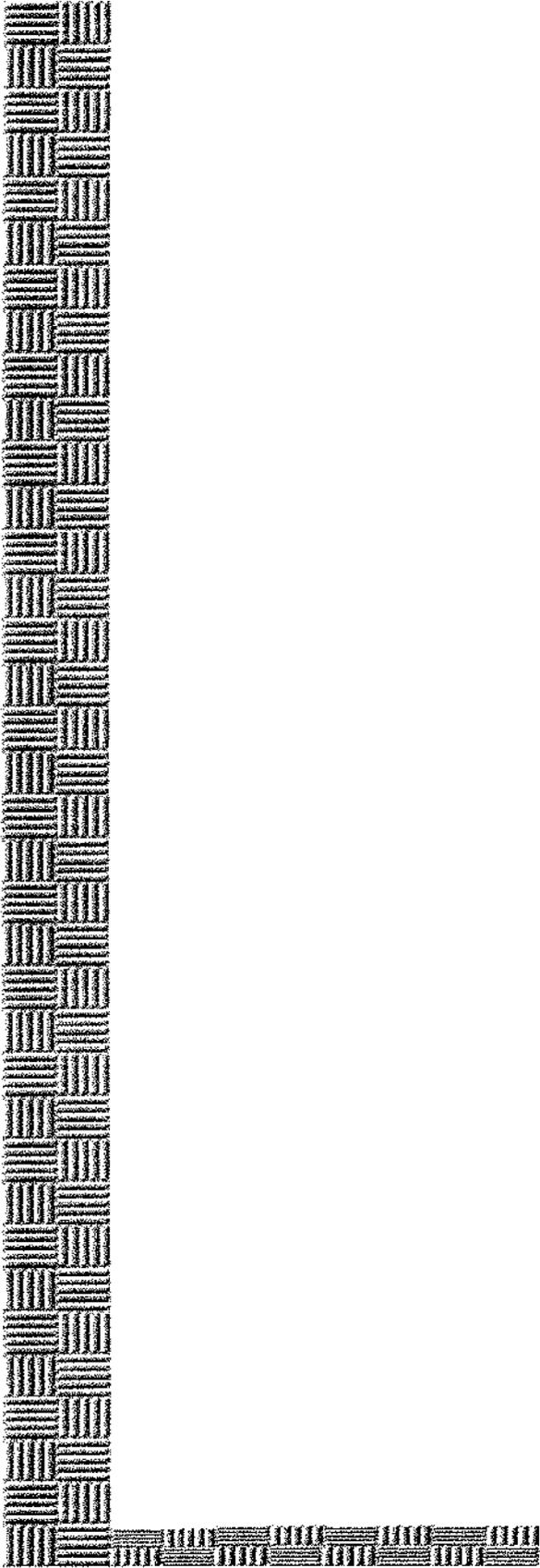
RESUMO



O estudo consiste na reconstituição e análise do projeto de integração do ensino médico com os serviços de saúde, desenvolvido no município de Paulínia (SP), pela Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal de Paulínia.

A pesquisa abrangeu o período 1965-1985, coincidente com as experiências de intervenção extramural da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. No subperíodo 1965-1969, recuperou-se a experiência que antecedeu o projeto de Paulínia, inspirada no modelo preventivista. No subperíodo 1970-1985, analisou-se o projeto de Paulínia levando-se em consideração as dimensões da formulação, da implementação e do confronto entre ambas, procurando apreender, para cada uma das etapas e conjunturas do projeto, a base institucional que o sustentou e os modelos assistencial e de ensino médico que foram se configurando no seu interior, tendo como referencial analítico as intervenções governamentais nos setores saúde e educação e os modelos preconizados pelos movimentos internacionais de reforma médica.

O estudo mostrou o quanto a experiência docente-assistencial de Paulínia representou, inicialmente, um projeto experimental inovador, contraposto à política de saúde vigente na década de 70, configurando-se, posteriormente, como um sistema local de saúde, público, regionalizado e hierarquizado, de gestão pluriinstitucional e norteado pela qualificação tecnológica da rede de serviços. A sua trajetória foi marcada por um conjunto de realizações, tensões e conflitos que foram investigados. Constatou-se, também, que o ensino, relativamente à vertente assistencial, deteve uma presença menos marcante no projeto.



1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na reconstituição da experiência de integração do ensino médico com os serviços de saúde, desenvolvida no município de Paulínia (SP), mediante a intervenção de um conjunto de instituições públicas, por iniciativa da escola médica.

Experiências desta natureza, que tinham como eixo o ensino médico extramural, realizado em serviços básicos de saúde, multiplicaram-se, no Brasil, a partir dos anos 60 e, sobretudo, na década de 70, através do apoio de agências e fundações internacionais. Desenvolvidas, em sua grande maioria, pelos departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas, algumas tentativas integradoras tiveram vida curta, tendo representado apenas experiências pontuais; outras, entretanto, conseguiram maior êxito e duração, como foi o caso do projeto de Paulínia, chegando a consolidarem-se e a constituírem sistemas locais ou loco-regionais de saúde relativamente desenvolvidos.

Vários trabalhos buscaram reconstituir e avaliar algumas destas iniciativas de integração ensino-serviço, sob diferentes enfoques, seja privilegiando a discussão sobre as mudanças curriculares decorrentes da implantação dos projetos da escola médica na rede de serviços, seja refletindo sobre os aspectos assistenciais neles envolvidos. (BARBOSA et al.,1977; MAGALDI,1978; PELEGRINI FILHO et al.,1978; CORDONI JÚNIOR,1979; CAMPOS,1980).

No que se refere ao projeto desenvolvido pela Universidade Estadual de Campinas no município de Paulínia, que teve seu início na primeira metade dos anos 70, a experiência percorreu uma trajetória, de mais de duas décadas, marcada por significativas mudanças na política de saúde, sofrendo várias transformações, que conduziram à constituição de um sistema municipal de saúde.

A despeito do grau de desenvolvimento e consolidação alcançados pelo projeto de Paulínia, em particular na esfera assistencial e das relações interinstitucionais, carecia, ainda, que ele fosse objeto de uma reflexão mais sistemática e abrangente. Os estudos realizados abordaram aspectos específicos da experiência desenvolvida em Paulínia, referindo-se a determinadas intervenções ou programas médico-sanitários, como os da área de atenção à criança (MARQUES,1976; MIRANDA,1992; CORREA,1994) e de atenção

médico-hospitalar (PERES,1992), ou pesquisando aspectos relacionados ao consumo e à avaliação dos serviços de saúde pela população (CANESQUI,1992) ou, ainda, utilizando algumas características assistenciais do projeto, como pano de fundo para a análise em investigações de caráter epidemiológico (MORCILLO,1987; MARMO,1988; ZANOLLI, 1992; MADUREIRA,1992; ANTONIO,1995).

Com o presente estudo pretendeu-se reconstituir a experiência desenvolvida em Paulínia, em suas dimensões de ensino e serviço, numa perspectiva que procura recuperá-la e analisá-la sob o ângulo da sua formulação e implementação. Isto implicou num processo de apreensão da experiência em sua singularidade, buscando conhecer a sua base institucional de sustentação e os modelos de ensino e de organização da prestação de serviços que foram se configurando em seu interior e, ao mesmo tempo, procurando contextualizá-la, situando-a no quadro mais geral das políticas públicas para os setores da saúde e da educação médica.

Relativamente ao estudo empreendido, cabe demarcar que, ainda que a experiência de Paulínia tenha por referência o espaço concreto dos serviços de saúde e que o modelo assistencial constitua uma das vertentes analisadas, o trabalho não se enquadra nos estudos clássicos de avaliação de serviços de saúde.

Estes estudos têm trabalhado o tema buscando avaliar a eficácia/efetividade dos serviços, através de abordagens relativas à sua estrutura, ao processo de prestação de assistência ou aos resultados (impacto) da atuação do serviço na melhora do estado de saúde da clientela usuária. Em seu conjunto, têm sido reunidos em duas categorias, a dos estudos "corporativo-racionalizadores", que incluíam a auditoria médica, as análises de custos e a avaliação da eficácia e segurança da tecnologia médica, e aquela dos estudos "antropossociais", cujos eixos principais de investigação referem-se à acessibilidade e à satisfação dos pacientes com o serviço. (REIS et al.,1990).

A abordagem utilizada por este trabalho não permite, também, que ele seja tomado como um estudo de avaliação de políticas, entendidos como dizendo respeito à análise da eficácia e da efetividade das ações governamentais, com vistas à detecção de disparidades entre metas e resultados, ainda que definições político-institucionais, ao lado

das diretrizes das políticas governamentais para os setores saúde e educação, tenham sido determinantes no processo de constituição da experiência de Paulínia. (UNICAMP/NEPP,1989).

O estudo desta experiência, por outro lado, toma emprestado, das avaliações de políticas e programas, algumas dimensões analíticas, quais sejam, a formulação, a implementação e o confronto entre ambas, de forma a obter, por estes ângulos, a especificidade do projeto e sua contextualização no âmbito das intervenções de ensino e serviço da escola médica e, em particular, do departamento de Medicina Preventiva e Social, e das possíveis relações desta intervenção com as políticas governamentais de ensino e assistência.

Considerando-se, como afirmou FERNÁNDEZ (1988), que há um curso central das políticas, e dos próprios programas e projetos, sobre o qual pressionam diversos fatores, em distintas direções, buscou-se, aqui, apreender, a partir dos atores institucionais participantes do projeto, parte da dinâmica do processo de sua formulação e implementação.

Do ponto de vista da formulação, considerou-se as concepções, princípios e diretrizes que orientaram o planejamento do projeto em cada uma de suas etapas, buscando identificar os modelos de ensino e de prestação de serviços de saúde e as tensões e disputas, intra e interinstitucionais, que marcaram sua elaboração.

Quanto à implementação, considerou-se a operacionalização dos modelos, o que foi, ou não, realizado, nas esferas assistencial e de ensino médico, levando-se em conta, da mesma forma, a dinâmica das instituições envolvidas no desenvolvimento do projeto.

Em síntese, procurou-se fixar alguns elementos da formulação e da implementação e, a partir deles, reconstituir a experiência de Paulínia, com a preocupação, também, de dimensioná-la, num determinado tempo e espaço, à medida que se procura situar a ação das instituições, e em particular da escola médica, no contexto histórico da intervenção governamental nas políticas de saúde e educação, que funcionaram como determinantes mais amplos, moldando os limites e as possibilidades do próprio projeto.

A despeito da estreita vinculação entre a natureza assistencial e docente da experiência em estudo, para fins de análise optou-se por sua abordagem em separado, buscando conhecer melhor os processos de constituição dos modelos de ensino e serviço, as mudanças que foram ocorrendo nas propostas relativas a cada uma daquelas vertentes e suas articulações, ao longo das sucessivas fases por que passou o projeto de Paulínia.

A análise do modelo assistencial exige que se faça referência às várias formas de conceituá-lo, tendo em vista a ênfase diferencial imprimida a um ou mais aspectos da prestação de serviços de saúde, como a dimensão tecnológica do processo de trabalho em saúde ou a da organização da produção de serviços. (GONÇALVES,1987; CAMPOS,1989; MERHY,1992).

Nesta investigação, utilizou-se uma compreensão de modelo assistencial que se aproxima do que foi trabalhado por estes dois últimos autores, entendendo-o enquanto uma determinada forma de organização da produção de serviços de saúde que, para o estudo em questão, se buscou apreender numa dupla dimensão, organizacional e tecnológica. A primeira destas dimensões diz respeito às diretrizes orientadoras da organização dos serviços e à gestão do modelo, envolvendo as relações interinstitucionais, a base de financiamento dos serviços e a participação dos usuários. A segunda refere-se ao tipo de ações de saúde propostas e implementadas e a alguns aspectos que estariam relacionados ao processo de trabalho em saúde, como a questão das equipes e da incorporação de tecnologia.

Enquanto experiência que se pretendia reformadora para o setor saúde e que se constituiu a partir da articulação de interesses de três instituições - a Universidade Estadual de Campinas, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Prefeitura Municipal de Paulínia -, o projeto em questão sofreu a influência das concepções técnicas e políticas de cada uma delas, acerca das formas de produção dos serviços de saúde, tendo se buscado, em sua reconstituição, apreender o peso dessas influências no processo de elaboração e de realização do projeto em suas diversas fases.

Com relação ao ensino, buscou-se identificar os possíveis modelos que foram conformados na experiência de Paulínia, a partir das concepções sobre educação médica, expressas e implementadas pela instituição universitária e, em particular, pelo departamento de Medicina Preventiva e Social, que nortearam a inserção do ensino nos serviços básicos de saúde e as relações da escola médica com a rede de serviços.

Na perspectiva de melhor entender a formulação do projeto de Paulínia, faz parte do estudo de caso a análise dos antecedentes deste projeto no âmbito da escola médica, mais especificamente, a experiência de ensino médico extramural que o departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP desenvolveu em um outro espaço, localizado no município de Campinas, procurando identificar os modelos de ensino e serviço que orientaram esta intervenção e sua influência na construção do projeto de Paulínia.

Na reconstituição e análise do projeto de Paulínia, utilizou-se um recorte temporal - 1965 a 1985 - que teve, como referência primeira, a criação do departamento de Medicina Preventiva e Social, *locus* privilegiado de elaboração do projeto, e, ao final, a constituição de um sistema municipal de saúde, que fecharia, de certa forma, um ciclo desta experiência, ainda que ela tenha continuado seu desenvolvimento até os anos 90.

Dentro deste período global de estudo, definiu-se uma outra periodização, que teve como base as configurações que foram sendo assumidas pelo modelo assistencial e, subordinadamente a este, pelo modelo de ensino, ao longo da trajetória do projeto. De 1965 a 1969, conforma-se uma experiência de ensino extramuros, dentro do modelo preventivista tradicional, que antecede o projeto de Paulínia. A partir de 1970, e já considerando-se a experiência de Paulínia propriamente dita, três períodos foram demarcados. Um *primeiro*, de 1970 a 1974, no qual mais de um modelo assistencial estiveram em disputa, no interior da instituição universitária, pela hegemonia na formulação e implementação do projeto, ambos, porém, preconizando, centralmente, a constituição de uma rede de serviços de saúde, regionalizada, integrada e hierarquizada. De 1975 a 1978, um *segundo período* do projeto, em que o modelo assistencial aproximou-se daquele desenvolvido na rede de unidades sanitárias da Secretaria Estadual da Saúde. De 1979 a 1985, delimita-se um *terceiro período*

envolvendo a Prefeitura do município e a universidade, e, de outro, pela constituição de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

A recuperação dos elementos presentes na formulação e na implementação da experiência foi realizada a partir de material documental e de entrevistas com os participantes do projeto.

A existência de uma vasta memória escrita, reunida pelos profissionais participantes do projeto e constituída por textos produzidos, individual e coletivamente, em sua maioria por docentes do departamento de Medicina Preventiva e Social, ao lado dos relatórios oficiais e dos termos de convênios, permitiu que o estudo se apoiasse em um significativo número de documentos, ainda que se deva fazer referência à relativa escassez de registros, a partir de 1975, quando se compara com a farta documentação do primeiro período do projeto.

Ao lado da análise documental, que incluiu, também, a bibliografia referente às políticas de educação e de saúde e aos movimentos de reforma médica, foram realizadas entrevistas com profissionais participantes da experiência de Paulínia, escolhidos pela sua vinculação institucional com o projeto. As entrevistas envolveram a apropriação de relatos, depoimentos e histórias pessoais, que se buscou entender no contexto de um projeto coletivo, enquanto posições e concepções de atores sociais, num papel institucional em relação ao projeto.

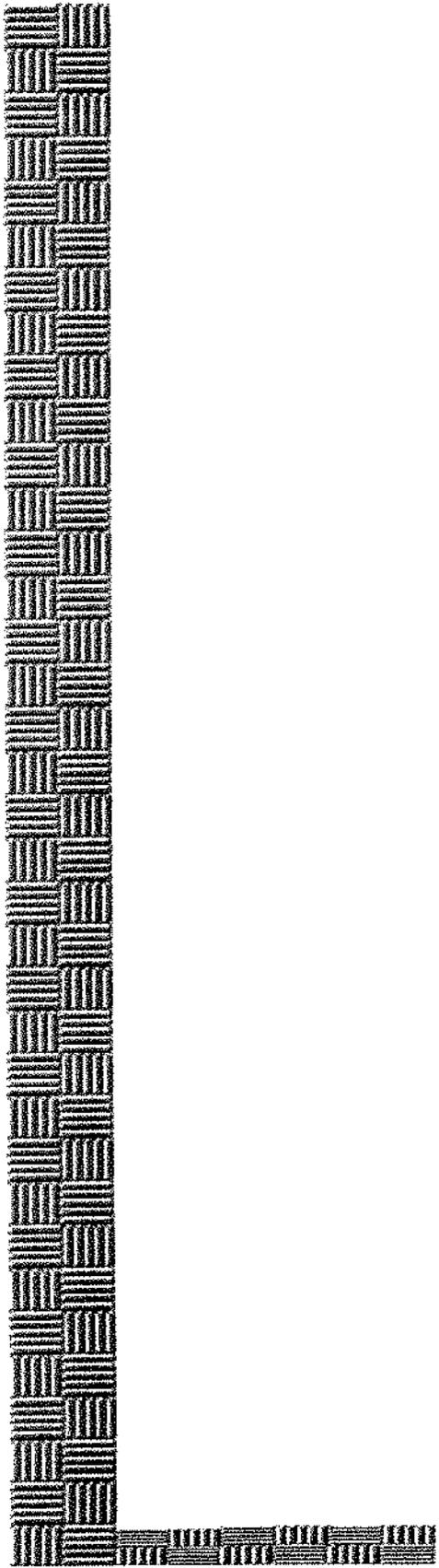
Nesta perspectiva, o grupo de entrevistados incluiu vários atores institucionais, pertencentes, em sua maioria, à universidade e à Prefeitura do município, que tiveram participação direta e intensa no processo de formulação e implementação do projeto, ocupando, muitas vezes, posições gerenciais. Estes depoimentos foram importantes no sentido de se reconstituir as motivações, os objetivos não explícitos, as leituras da conjuntura política de cada instituição e das relações interinstitucionais, os conflitos e as reelaborações no interior do projeto, numa observação que, distanciada no tempo, teve menos o objetivo de reconstituir fatos, e mais o de obter avaliações e análises que não ficaram registradas.

As entrevistas estenderam-se, ainda, a alguns docentes pertencentes aos departamentos de Medicina Preventiva de escolas médicas do Estado de São Paulo, que organizaram os encontros sobre o ensino da Medicina Preventiva e sobre o papel dos Centros de Saúde-Escola, ocorridos ao longo da década de 70, e cuja história também se procurou recuperar, com vistas à compreensão das propostas de inserção do ensino em serviço, que foram contemporâneas à experiência de Paulínia.

A apresentação desta pesquisa comporta um *primeiro capítulo*, no qual se realizou uma sistematização das mudanças ocorridas nas políticas governamentais, para os setores de educação e de saúde, no período 1965-1985, recuperando o contexto onde se formulou e implementou o projeto de Paulínia.

O *segundo capítulo* trata dos principais movimentos de reforma que tiveram influência na implementação de experiências de integração ensino-serviço pelas escolas médicas brasileiras, enfocando, particularmente, as propostas da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária e da Integração Docente-Assistencial. Nele realiza-se, também, uma reconstituição dos debates sobre educação médica e sobre a relação ensino-serviço, realizados pelos departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social do Estado de São Paulo, através dos encontros realizados de 1968 a 1979.

O *terceiro* e o *quarto capítulos* referem-se ao estudo de caso propriamente dito: o terceiro capítulo reconstitui e analisa os antecedentes (1965-1969), a formulação inicial e a implantação do projeto de Paulínia (1970-1974), até a crise político-institucional, instalada em 1974; o quarto capítulo abrange o período pós-crise até 1978 e o período de 1979 a 1985, em que se realizou a análise para os dois momentos identificados em seu interior (1979-1982 e 1983-1985). Na *Conclusão*, procurou-se realizar uma análise mais global do projeto, em termos de suas relações com as políticas setoriais e os movimentos de reforma da educação médica.



***2. POLÍTICAS SETORIAIS -
1965 - 1985***

2.1. AS DIRETRIZES POLÍTICAS PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA

O início dos anos 60 encontra a educação superior brasileira em meio a uma crise conseqüente a fatores internos às instituições de ensino, sobretudo universitárias, mas, principalmente, decorrente das transformações econômicas e políticas por que vinha passando a sociedade brasileira.

Nas palavras de CUNHA (1988), *"a universidade (no sentido lato) era crítica nos dois sentidos do termo. No primeiro sentido, ela estava numa situação crítica. À medida que suas contradições internas se acirravam, a universidade tornava-se cada vez menos capaz de pretender a indispensável legitimidade para sua ação sócio-pedagógica. No segundo sentido, a universidade era crítica de si própria e da sociedade como um todo. Esses dois sentidos da universidade crítica estavam articulados e se reforçavam mutuamente"*.

A urbanização e industrialização que ocorreram a partir da década de 30, quando se implantou o projeto de universidade no país, determinaram uma crescente ampliação das camadas médias da população que, inicialmente, aumentaram a demanda por ensino público de grau médio mas, satisfeita esta necessidade, passaram a exercer uma maior pressão sobre o ensino superior. Contribuiu, também, para isso o novo mercado de trabalho, surgido com o desenvolvimento das burocracias estatais e das empresas capitalistas de grande porte, para disputa do qual novos níveis de educação formal passaram a ser exigidos, constituindo-se, então, o diploma universitário numa possibilidade de postular o acesso a esse mercado.

A partir do golpe militar de 1964, o processo de monopolização da economia se intensificou, acelerando a concentração de capital, renda e mercado, cujos reflexos na estrutura de empregos - maior demanda de pessoal e maiores exigências de qualificação, tanto pelo setor privado como pelo público - determinaram uma mudança do modelo de ascensão das camadas médias que, desta forma, se transfere para as hierarquias ocupacionais, com conseqüente aumento da demanda por oportunidades de ascensão social através do ensino superior.(CUNHA, 1973). Ocorreu, assim, um aumento da procura pelo acesso aos cursos superiores, que não se acompanhou de um aumento, na mesma

proporção, das vagas oferecidas: enquanto, no período de 1960-1964, o crescimento de candidatos ao vestibular foi de 50,8% e o da oferta de vagas de 63,9%, no período de 1964-1968 o aumento de inscritos atingiu 120,5%, para um incremento de vagas da ordem de 52,7%. (ROMANELLI,1984).

Ao mesmo tempo em que o contingente de aprovados sem vagas se avolumava, crescia o número de matrículas garantidas por recursos judiciais, pressionando, principalmente, as universidades federais, que vinham, a cada ano, recebendo menor aporte de verbas do governo, agravando a já precária situação do ensino e contribuindo para a crescente insatisfação estudantil.

O movimento dos estudantes, que se articulou inicialmente em torno da questão dos excedentes, passou a canalizar a insatisfação da classe média, que havia dado seu apoio ao golpe militar, e a exprimir a crise de legitimidade do regime. A esta crise, o regime respondeu através de medidas repressivas, contra as instituições de ensino superior, contra o movimento estudantil e o conjunto das forças de oposição; mas, também, na perspectiva de reconquistar legitimidade, respondeu com medidas reformistas *"que incorporavam muitos dos elementos fundamentais das reivindicações gestadas nos meios acadêmicos"*. (DURHAM, 1987)¹.

Neste contexto político, desenvolveu-se o processo de elaboração, por um grupo de trabalho constituído em julho de 1968, de um anteprojeto de lei, que pretendeu normatizar a expansão, organização e funcionamento do ensino superior e que, após emendas e vetos², culminou com a aprovação da lei 5.540, em 28 de novembro de 1968, em que foram ampliadas as medidas reformadoras já previstas em decretos anteriores. (BRASIL,1966 e 1967).

Mudanças importantes foram introduzidas no ensino superior a partir de então: supressão da cátedra vitalícia e criação dos departamentos; implantação do sistema de institutos; organização do currículo em duas etapas, os ciclos básico e profissional; criação

¹ Sobre os projetos acadêmicos de modernização da Universidade, ver CUNHA(1988) e FERNANDES (1979).

²Escapa aos objetivos deste trabalho recuperar aqui esse processo, que foi estudado, de forma abrangente, nas obras anteriormente referidas.

dos cursos de curta duração; flexibilização curricular, com o sistema de créditos, o curso parcelado e o regime semestral; estruturação da carreira docente e estímulo ao regime de dedicação exclusiva à docência e à pesquisa; fixação de currículo mínimo e duração mínima dos cursos superiores, a cargo do Conselho Federal de Educação; ampliação da participação estudantil e das categorias docentes nos colegiados superiores. (FERNANDES,1973).

A orientação que norteou a reforma do ensino superior brasileiro baseou-se nos princípios da racionalização e da modernização, visando alcançar eficiência e produtividade. (VIEIRA,1982). Assim, através da unificação dos exames vestibulares, da institucionalização do curso básico, anterior e comum às várias profissões, do tempo integral com dedicação exclusiva para os professores, da departamentalização e do regime de créditos, procurou-se aumentar a produtividade dos recursos materiais e humanos, de tal modo que se atingisse a *"minimização do custo da matrícula adicional"* e houvesse uma *expansão das matrículas nas primeiras séries dos cursos superiores* (CUNHA,1988).

Estas mudanças, no entanto, não foram suficientes para atender a intensa demanda por vagas no ensino superior, que sustentou o movimento de 68, fazendo com que, ao lado das medidas racionalizadoras que ampliaram as vagas no setor público, ocorresse, também, uma enorme expansão às custas do setor privado. Segundo PAIVA (1980), *"o crescimento da rede oficial secundária, aliado à perda de poder aquisitivo das classes médias, tornaram menos interessantes os investimentos naquele nível de ensino (...) deslocando aqueles capitais para atender à demanda no terceiro grau. Assim, a expansão do ensino superior brasileiro foi, em certa medida, uma expansão privatizadora"*.

Desta forma, no decorrer da década de 70, processou-se uma inversão na distribuição de alunos nas redes pública e privada de ensino superior, de tal modo que *"no final da década, de 1,2 milhão de estudantes universitários registrados, dois terços cursavam escolas superiores privadas"*. (FREITAG,1985).

Dirigindo a avaliação das mudanças geradas pela Reforma Universitária para o campo particular da **educação médica**, vemos que, também nesta área, foi significativa sua influência, tendo-se verificado uma grande expansão do ensino médico, tanto pelo aumento

das vagas nas faculdades já existentes como, e principalmente, em decorrência da criação de novas escolas. As diferentes fontes de dados falam em um incremento variável, mas expressivo, nas matrículas em Medicina, da ordem de 123% para o período de 1966-70, ou mesmo de 236% no período de 1966-72. (PESES,1977; BRASIL/MEC/CEM,1972).

Com relação ao crescimento do número de escolas médicas, há concordância quanto ao "boom" ocorrido no período de 1966 a 1971, quando, segundo dados do Ministério da Educação e Cultura, foram criadas 36 novas escolas - 23 somente na região sudeste -, representando, aproximadamente, metade das 73 escolas existentes no ano de 1971. (BRASIL/MEC,1972). Esta expansão deu-se, sobretudo, às custas das instituições de caráter privado, que passaram a constituir a maioria absoluta (mais de 80%) das escolas surgidas após 1966.

O processo de reforma do ensino médico, além da expansão de características privatizadoras, acompanhou-se, também, de um conjunto de diretrizes que pretenderam normatizar aquele ensino e regular sua expansão, em consonância com a perspectiva de racionalização do sistema trazida pela Reforma Universitária.

Assim, em 1969, e atendendo a dispositivos constantes da lei 5540, o Conselho Federal de Educação fixou os mínimos de conteúdo e duração do curso de Medicina, definindo as matérias pertinentes aos ciclos básico e profissional e estabelecendo um período de estágio final obrigatório, em regime de internato. (BRASIL/CFE,1969). O parecer que instruiu esta resolução, ao considerar a necessidade de uma "*substancial revisão dos currículos tradicionais adotados nas Faculdades de Medicina do país*", já explicitava a nova orientação que deveria nortear o ensino médico, baseada na crítica ao modelo liberal de prática da medicina, na revalorização da Saúde Pública e na consideração dos aspectos sociais e institucionais da atuação do médico. (BRASIL/CFE,1969).

Assim, afirmava-se: "*o currículo tradicionalmente adotado pelas nossas faculdades dava grande ênfase às disciplinas da Medicina Clínica, à assistência ao indivíduo enfermo, (...) com exclusão quase total da apreciação das medidas para a preservação e promoção da saúde, quer do indivíduo, quer das comunidades. Refletia esse currículo a predominância*

nítida do cunho liberal de que se revestia o exercício da profissão em passado remoto". E, ainda: "Busca-se, modernamente, despertar em nossos estudantes, ao longo do curso, acentuado interesse pelo melhor atendimento das condições sociais, que se refletem (...) sobre a saúde das comunidades e dos indivíduos. (...) deverá o médico estar informado não apenas dos aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde da população a que está servindo como do complexo sistema de assistência médica em que deverá integrar-se, e no qual, frequentemente, desempenhará papel de liderança. Esta orientação, impressa desde o ambiente escolar, induzirá no estudante a atitude que se espera de todo e qualquer médico perante as questões pertinentes à preservação, à restauração e à promoção da saúde". (BRASIL/CFE,1969).

Dentro desta perspectiva de valorização da Saúde Pública é que se inseriu, no conjunto das matérias profissionais, o estudo da Saúde Coletiva³, assim como a exigência de participação dos estudantes nos trabalhos práticos de Centros de Saúde, inclusive sob a forma de estágio no período de internato obrigatório.

Apesar da tentativa de reorientação curricular voltada para uma formação mais geral, a resolução do Conselho Federal de Educação abria espaço para o início da especialização, ainda durante o curso de graduação, permitindo que, no período do internato, *"se faculte ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas específicas abrangidas pelo gênero de atividade que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional"*, concordando assim, com o parecer relativo a esta resolução, que considerava um exagero *"ocupar todo o curso de graduação com programas destinados à formação do médico-geral"*. (BRASIL/CFE,1969).

A partir de 1971, a avaliação e normatização relativas ao ensino médico passaram a ser objeto do trabalho de uma comissão específica, a Comissão de Ensino Médico do MEC, criada pelo então Ministro Jarbas Passarinho e que se instalou em julho daquele ano.

³A Saúde Coletiva incluía: Epidemiologia, Medidas de Profilaxia (Saneamento do Meio e Saúde Ocupacional), Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica.

A preocupação com o crescimento acelerado de escolas médicas no país, sobretudo após 1966, fez com que a Comissão procedesse ao levantamento *in loco* da situação de cada uma das setenta e três escolas em funcionamento e elaborasse um primeiro documento, entregue ao ministro em julho do ano seguinte, contendo recomendações no sentido de se conter a criação de novas escolas e de se restringir o funcionamento daquelas ainda não reconhecidas ou em condições muito precárias de trabalho. (BRASIL/MEC/CEM,1972). O documento contemplava os recursos necessários ao adequado desempenho da rede de escolas médicas - humanos, materiais e financeiros - e as distorções encontradas, principalmente nas instituições isoladas (não universitárias), privadas ou mantidas por estados mais pobres, em geral surgidas há menos de 10 anos.

Ao lado das deficiências ligadas ao corpo docente, a Comissão evidenciou grave inadequação e insuficiência dos recursos hospitalares à disposição do ensino, alertando para a busca, entre outras correções de ordem técnica e administrativa, de uma melhor relação leito/aluno e da participação dos governos federal, estadual e municipal e, principalmente, da Previdência Social, no financiamento dos hospitais de ensino. Era assinalada, também, a necessidade de ampliação dos cenários onde se realizava a educação médica, recomendando-se que, além do hospital, se envolvessem os vários órgãos do sistema de saúde. A Comissão alertava, ainda, para a estreita articulação, entre a política que se pretendia para o ensino médico e aquela que orientava a organização dos serviços de saúde no país, afirmando que *"a educação médica terá que ser enfocada em consonância com as diretrizes da política de saúde do país e deverá moldar o futuro médico de acordo com a realidade sanitária e com a projeção das hipóteses de sua transformação, em decorrência dos planos de saúde de âmbito nacional e regional"*. (BRASIL/MEC/CEM,1972).

O primeiro documento da CEM/MEC pretendeu imprimir à política de educação médica uma nova racionalidade, baseada na contenção da expansão da rede de escolas e na sua normatização/regulação a partir de padrões mínimos de funcionamento, objetivando, assim, a correção das distorções e o aumento de sua eficiência.

Em 1974, foi apresentado pela Comissão um segundo documento, intitulado "Ensino Médico e Instituições de Saúde", em que se encontrava, de forma mais explícita, a perspectiva racionalizadora presente no texto anterior. Já na apresentação, assim eram expressos seus objetivos: "*racionalizar o sistema, diminuir os custos, aprimorar a qualidade e aumentar o rendimento*". (BRASIL/MEC/CEM,1974).

Neste documento, enfatizava-se a necessidade de se utilizarem as várias instituições prestadoras de serviços de saúde na formação médica, incluindo, além dos hospitais de ensino - universitários ou não -, os hospitais gerais assistenciais ou "comunitários"⁴, entre os quais os próprios da Previdência Social, os hospitais de uma só especialidade, os Prontos Socorros e as unidades básicas de saúde. Privilegiou-se, na discussão, a abordagem do hospital como local de treinamento, historiando-se as relações do ensino médico com as Santas Casas, o papel dos Hospitais das Clínicas das Faculdades de Medicina e dos hospitais comunitários, estes últimos utilizados, geralmente, pelas escolas mais novas e privadas. Também foi dada ênfase na busca de um reposicionamento do hospital universitário, que deveria situar-se no centro do sistema de saúde e em articulação com suas demais unidades.

Em resposta à necessidade de diversificar a formação do futuro médico mas, sobretudo, em razão da insuficiência de leitos didáticos nas escolas médicas, já diagnosticada no documento anterior, a Comissão recomendou o aproveitamento dos hospitais comunitários para o ensino, em particular aqueles da Previdência Social. Considerando o lugar hegemônico do Instituto Nacional da Previdência Social na assistência médica, por ser o órgão que concentrava a maior soma de recursos desta área e que possuía a maior rede hospitalar unificada, afirmava-se a necessidade de que ele também participasse, direta e indiretamente, da formação dos profissionais de saúde, inclusive pelo seu papel determinante no mercado de trabalho médico do país.

Nesta perspectiva inseriram-se as recomendações para a efetivação dos convênios entre o MEC e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com vistas ao custeio parcial dos hospitais universitários pela Previdência, além de convênios entre

⁴Denominação usada pelo documento para designar os hospitais públicos não vinculados ao sistema de ensino.

universidades ou escolas médicas isoladas e órgãos locais do INPS, objetivando, ao final, a *"incorporação dos hospitais da Previdência à rede de hospitais de ensino"*. (BRASIL/MEC/CEM,1974).

Disciplinado o processo de formação de médicos, a partir das recomendações do primeiro documento da Comissão de Especialistas do MEC, neste segundo trabalho sua preocupação voltou-se para a discussão sobre o campo de práticas adequadas àquele ensino, buscando vinculá-lo, de forma mais estreita, às várias instituições de saúde. Fugindo de referências explícitas ao perfil profissional que se desejava imprimir no estudante de Medicina, o documento tratou da questão dos locais necessários ao seu treinamento, privilegiando o papel do hospital na formação médica.

A precária situação de grande número de escolas, em relação aos leitos para o ensino, provocou a formulação de recomendações, que pretenderam resolver aquela insuficiência racionalizando os recursos disponíveis e aumentando seu rendimento, além de buscar novas fontes de custeio. Fez parte desta estratégia a orientação de se diversificarem os hospitais a serem usados para o ensino, conclamando à utilização dos hospitais públicos e, em especial, dos próprios da Previdência Social, também chamada a participar do financiamento dos hospitais universitários.

No que diz respeito ao aprendizado extra-hospitalar, o segundo documento assinalava sua importância na formação médica e a conveniência de ser realizado nas unidades sanitárias, onde melhor se conseguiria tornar o estudante *"apto a intervir com medidas eficazes, aumentando as resistências do hospedeiro, reduzindo a viabilidade dos agentes mórbidos, melhorando as condições do ambiente, promovendo a saúde, prevenindo as doenças, reduzindo a mortalidade"*. (BRASIL/MEC/CEM,1974).

Esta abordagem, que se assentava no marco conceitual da História Natural da Doença e priorizava os níveis mais precoces de prevenção, tentava romper, em parte, com a formação clínica centrada no hospital e ampliá-la no sentido de uma preparação mais geral, que respondesse às necessidades de saúde da população.

A utilização das unidades sanitárias na formação médica, de caráter complementar, responderia, em parte, à necessidade de expandirem-se os processos de treinamento das escolas mas, também, por outro lado, inseriu-se num movimento crítico de reforma da educação médica, voltado para a valorização dos aspectos preventivos e que, originado em outros países, já começava a ser incorporado e a se expressar no discurso governamental, através da Comissão de Ensino Médico do MEC.

Dois anos após, em 1976, surge o terceiro documento desta Comissão, que tratou do Internato e da Residência Médica. Pensando o ensino médico *stricto sensu*, interessa-nos as considerações referentes ao Internato, etapa curricular final do curso de graduação em Medicina.

Avaliando as dificuldades relacionadas a este período de formação, a Comissão assinalou, entre outras, o número exagerado de estudantes e pequeno de docentes, a insuficiência de áreas de treinamento nas próprias escolas e a utilização inadequada das áreas não universitárias, decorrente da falta de supervisão e avaliação dos internos pela escola de origem, recomendando que se organizasse um programa para o Internato em cada escola médica, a ser cumprido em seu próprio hospital ou naqueles utilizados para este fim.

A necessidade de definir o caráter a ser assumido pelo Internato, por referência ao objetivo final do curso médico, fez com que a Comissão explicitasse este objetivo, que aparece, então, como o da *formação "de um médico geral, com capacidade de resolver, ou bem encaminhar, os problemas de saúde da população ou da região a que vai servir"*. (BRASIL/MEC/CEM,1976).

O documento retomou a discussão sobre as instituições de saúde e sua relação com o ensino, tendo em vista que o Internato, ao representar um período de treinamento prático intensivo, necessitaria de uma total inserção nos serviços de saúde. Neste sentido, e diante da inexistência de serviços adequados na maioria das escolas, sobretudo naquelas criadas mais recentemente e de caráter privado, novamente se reforçou a orientação de que fôsse utilizada a rede assistencial pública e comunitária, particularmente do INPS. Vale salientar que, somente no ano de 1975, os grandes hospitais pertencentes à Previdência Social e aos Estados receberam, aproximadamente, mil e duzentos alunos para estágio de

Internato, com programa definido pelas próprias instituições de saúde. (BRASIL/MEC/CEM,1976).

Em 1977, foi publicado um quarto documento da Comissão de Ensino Médico, que pretendeu atualizar a discussão sobre a situação deste ensino no país. Nele se apontou a redução de vagas, que vinha ocorrendo desde 1972, com o objetivo de adaptá-las à real capacidade de ensino e treinamento das escolas médicas, afirmando-se que o acelerado processo de expansão do número de escolas estava contido, apesar de muitas ainda apresentarem mais alunos do que comportariam.

Também foram avaliados os recursos docentes e hospitalares: no primeiro caso, observou-se uma deterioração da relação aluno/docente no período de 1964/1973, com discreta melhora em 1976⁵; quanto aos recursos hospitalares, apesar do crescimento do número de leitos disponíveis para o ensino, ainda se concluíu pela necessidade, de cerca de 30% das escolas médicas, de aumentar seu acesso aos leitos hospitalares.

A formação de recursos humanos foi considerada, dentro da perspectiva da formulação do Sistema Nacional de Saúde, cuja lei, sancionada em 1975, atribuíu ao MEC a incumbência da formação de profissionais adequados, em quantidade e qualidade, às prioridades do setor saúde. Neste sentido, insistia-se na importância da definição de uma política de saúde e na necessidade da regionalização e hierarquização da assistência médica, com os hospitais de ensino e os da Previdência Social constituindo-se em centros de referência para o sistema de saúde.

A Comissão avaliou, também, as transformações ocorridas na relação das escolas médicas com os serviços de saúde, salientando o papel exercido pelo Protocolo de 1974, que estabeleceu a colaboração entre o MEC e o MPAS e, através do qual, *"os hospitais de ensino passaram a vivenciar de modo mais efetivo os problemas de necessidade de atenção médica da comunidade e, em adição, passaram a receber remuneração pela assistência prestada aos pacientes previdenciários"*. (BRASIL/MEC/CEM, 1977).

⁵Em 1964/65, a relação aluno/docente era 4,4, passando para 6,6 em 1973 e para 5,5 em 1976. (BRASIL/MEC/CEM, 1977).

Em 1979, a CEM divulgou um documento que tratou exclusivamente dos hospitais de ensino, considerados em crise e necessitando de novas orientações para seu funcionamento. Os fatores responsáveis pela crise seriam, principalmente, a ausência de uma definição política do MEC em relação aos hospitais de ensino, a ausência de planejamento adequado, associada a uma administração anacrônica e ineficaz desses hospitais e, ainda, seu insuficiente financiamento. (BRASIL/MEC/CEM,1979).

A solução para o primeiro ponto repousaria na adoção de algumas medidas, como o tempo integral, com dedicação exclusiva à instituição, pelos docentes; a regionalização do sistema de saúde, com o hospital universitário passando a funcionar como hospital de referência; uma administração tecnicamente forte e prestigiada nos hospitais de ensino; um corpo clínico bem estruturado, remunerado em níveis competitivos com o exercício profissional privado; e, ainda, a ampliação das oportunidades de tratamento ambulatorial, com vistas a maximizar uma assistência menos onerosa e compatível com a necessária expansão de cobertura dos serviços de saúde. (BRASIL/MEC/CEM,1979).

A utilização do planejamento, na gestão administrativa dos hospitais de ensino, era definida a partir do reconhecimento da saúde como direito, o que exigiria organizar os serviços de modo a torná-los disponíveis a toda população. Considerava-se, também, a importância do nível primário, como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, e a necessidade de uma articulação, mais efetiva e dinâmica, entre os setores de formação e utilização de recursos humanos em saúde.

A questão do financiamento dos hospitais de ensino, entendida como conjuntural e estruturalmente crítica, em razão da tendência à generalização da cobertura e ao maior consumo de tecnologia médica, entre outros, recebeu sugestões no sentido da revisão dos critérios de pagamento do convênio padrão MEC/MPAS, tornando-o mais adequado à realidade do cuidado em hospital universitário, à busca de novas fontes de financiamento e ao estímulo à constituição de distritos docente-assistenciais.

Apesar do apoio ao desenvolvimento de projetos de regionalização docente-assistencial ser justificado pela sua importância na formação médica, é interessante constatar sua presença entre as medidas que visam resolver os problemas de custeio dos hospitais de

ensino, possivelmente por ocasionarem a diminuição de gastos da área de educação, decorrente da utilização de novos locais de treinamento para o ensino médico, custeados pelos órgãos públicos de saúde.

A Integração Docente-Assistencial (IDA) constituiu-se em objeto específico de outro documento do MEC, que surgiu em 1981, agora não mais a partir da Comissão de Especialistas do Ensino Médico, mas da Coordenadoria de Ciências da Saúde, órgão da Secretaria de Ensino Superior do Ministério.

A conjuntura da política de saúde, no final da década de 70 e início dos anos 80, marcada pelo surgimento de proposições de reforma do setor, em resposta à crise da medicina previdenciária, propiciou que, também na política educacional, aparecessem propostas de reorientação do ensino médico, buscando melhor adequá-lo à reorganização dos serviços de saúde do país.

Em vista disso, o documento sobre Integração Docente- Assistencial procurou colocar a escola médica em sintonia com o que vinha ocorrendo na área da saúde, onde predominavam as propostas de extensão da cobertura através dos cuidados primários de saúde, presentes, tanto nas orientações dos organismos internacionais, quanto em alguns projetos de âmbito nacional, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). O documento apontou o descompasso da universidade brasileira frente a este processo reformista, alertando que *"a educação dos profissionais de saúde, como processo inserido na prática de saúde, poderá constituir a mola capaz de induzir as mudanças dos currículos assim adaptados às reais necessidades da sociedade"*. (BRASIL/MEC/SESu, 1981).

Apoiado no acordo entre a Organização Panamericana de Saúde e os Ministérios das áreas de Saúde, Educação e Previdência Social, referente ao Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde no Brasil, foi criado, pela Secretaria de Ensino Superior do MEC, o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), que pretendeu *"estimular o desenvolvimento de projetos de IDA, visando situar a*

formação dos profissionais da área da saúde na realidade regional e nacional" e, especificamente, "estimular a implementação de mudanças curriculares que decorrerão, naturalmente, das necessidades educacionais criadas com a racionalização dos serviços de saúde". (BRASIL/MEC/SESu,1981).

Considerando a importância do desenvolvimento de sistemas regionalizados de serviços de saúde, onde seriam formados e utilizados os recursos humanos, o PIDA dispunha-se a apoiar projetos que se caracterizassem, pela busca da participação das comunidades em seu desenvolvimento e pelo envolvimento de todas as instituições públicas, de prestação de serviços e de formação de pessoal de saúde, existentes em sua área de abrangência, baseando-se na partilha de responsabilidades e contando com instrumentos formais de integração interinstitucional.

Os projetos de integração docente-assistencial deveriam desenvolver, prioritariamente, a estratégia dos serviços básicos de saúde, em consonância com a orientação do PREV-SAÚDE e, na área da docência, enfatizar o *treinamento "em atividades de ambulatório, centros e postos de saúde, e a níveis familiar e comunitário"*, objetivando a formação médica geral e a terminalidade do curso de graduação. (BRASIL/MEC/SESu,1981).

A preocupação com estes objetivos motivou a retomada de estudos e recomendações relativos à última fase do curso médico. Assim, em 1982, a Secretaria de Ensino Superior do MEC patrocinou um levantamento sobre o Internato nas escolas médicas do país, realizado pela Associação Brasileira de Educação Médica, que concluiu pela necessidade, entre outras, de uma legislação específica, que regulamentasse este período da formação médica, o que foi realizado, no ano seguinte, pelo Conselho Federal de Educação. (BRASIL/CFE,1983).

Com base nesta regulamentação, foi elaborado, pela SESu, um manual sobre o Internato, cuja pertinência era também justificada, face à implantação, pelo MPAS, do Plano do CONASP e dos convênios das Ações Integradas de Saúde, que revalorizavam as especialidades médicas básicas e, assim, vinham de encontro às orientações anteriores do MEC, no sentido de uma formação médica geral. O Manual apresentou um Plano Geral para

o Internato, que se assentava no treinamento intensivo nas áreas básicas da Medicina e em serviços de diversos níveis de complexidade, priorizando aqueles de caráter geral. (BRASIL/MEC/SESu,1984).

Através de documentos tratados até aqui, que compõem o discurso oficial relativo à educação médica, no período 1965-85, é possível configurar o sentido da intervenção governamental neste setor e apreender o modelo proposto para a formação médica.

Na busca dos elementos da política educacional para o ensino superior, que repercutiram sobre o campo particular do ensino médico, encontraram-se, sobretudo, as mudanças introduzidas pela Reforma Universitária de 1968, responsáveis pelo estabelecimento do currículo mínimo do curso de Medicina, e, também, determinantes para a marcada tendência à expansão verificada no ensino superior e, em particular, no ensino médico.

A intervenção governamental, através da Comissão de Ensino Médico do MEC, dirigiu-se, inicialmente, para o controle desta expansão, procurando conter o processo por meio de medidas restritivas ao funcionamento de algumas escolas e normatizando as condições e os recursos necessários ao desenvolvimento do ensino.

Nesta perspectiva, inseriram-se as reiteradas recomendações para a utilização dos hospitais públicos, sobretudo previdenciários, pelas escolas que não dispunham de condições hospitalares adequadas para o treinamento de seus alunos e, ainda com o objetivo de suprir esta insuficiência, passou-se a buscar a ampliação dos espaços para a prática do ensino médico, através da utilização dos serviços básicos de saúde.

A preocupação em acompanhar as reformas propostas para a área de saúde determinou a elaboração do Programa de Integração Docente-Assistencial do MEC no qual, pela integração do ensino em uma rede regionalizada de serviços de saúde, pretendia-se alcançar o objetivo de uma formação médica geral, afastando os perigos da especialização precoce e garantindo a terminalidade do curso de graduação.

Recomendações no sentido da formação geral do médico estiveram presentes ao longo de todo o período, de forma mais tênue nos primeiros documentos, onde se abriu espaço para o início da especialização durante a graduação, com a formação geral tendo recebido ênfase crescente nas recomendações posteriores, sobretudo naquelas referentes ao Internato.

Já o discurso sobre a necessidade de se privilegiarem a Saúde Pública e os aspectos preventivos na formação médica, explicitado amplamente no primeiro parecer, de 1969, perderia sua força a partir de 1972, no contexto das diretrizes racionalizadoras da Comissão de Ensino Médico, de modo coerente com a dinâmica da política de saúde na década de 70, quando se evidenciou um crescente desprestígio da Saúde Pública, ao lado da ascensão da assistência médica, de caráter curativo e individual, financiada pela Previdência Social.

2.2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO 1965-1985

A atenção à saúde no Brasil teve seu desenvolvimento estreitamente ligado às políticas do Estado para o setor e, sobretudo no período a que se refere este estudo, foi marcadamente dependente do desenvolvimento, crises e reformas, que ocorreram num âmbito prioritário na política governamental, o da assistência médica previdenciária.

A trajetória da política de saúde tem sido analisada em diversos estudos, em que se discute o papel desempenhado pelo Estado brasileiro na área da Saúde Pública e, também, naquela da assistência médica individual, principalmente através da medicina previdenciária. (DONNANGELO,1975; LUZ,1979; BRAGA & PAULA,1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA,1989). Na busca da apreensão dos traços fundamentais desta história, nas últimas décadas, optamos por uma periodização, presente em muitos daqueles trabalhos, e que pretende traduzir as tendências dominantes e, nelas, os avanços e recuos, em cada etapa do desenvolvimento da política setorial.

O período estudado (1965-1985) inicia-se nos primeiros anos das mudanças políticas, econômicas e sociais que se seguiram ao golpe militar de 1964 e, na área da saúde,

coincide com a acentuação de alguns aspectos que vinham marcando esta política setorial e que passaram a se expressar, mais nitidamente, a partir de 1966.

De fato, nos anos anteriores, já se vinha configurando uma diminuição do espaço político, institucional e financeiro da Saúde Pública e uma expansão da assistência médica individual, ligada à estrutura previdenciária e de caráter essencialmente hospitalar e curativo. Esta assistência, prestada através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), experimentou um significativo crescimento, reflexo de *"pressões crescentes da demanda por cuidado médico decorrentes do intenso processo de urbanização das décadas de 40 e 50, que colocou nas cidades uma grande massa assalariada (...) que encontrava no esquema previdenciário um complemento indispensável às suas rendas e seu consumo básico, do qual faziam parte os atos médicos destinados a recuperar sua saúde, isto é, sua própria capacidade de trabalho"*. (BRAGA & PAULA, 1981).

O crescimento da assistência médica fica mais evidente quando se observam as altas taxas de expansão do gasto com este item, pelo conjunto dos IAPs, desde a década de 50, representando 7,3% da despesa total em 1949 e elevando-se para 19,3%, em 1960, e para 24,7%, em 1966. (BRAGA & PAULA, 1981).

Nos anos 60, os dados relativos às despesas com assistência médica mostram que sua expansão ocorreu, principalmente, às custas da assistência hospitalar: enquanto o valor real gasto com assistência médica, entre 1960 e 1967, subiu 3,3 vezes, o gasto ambulatorial subiu 2,1 vezes e o hospitalar, 9 vezes. (BRAGA & PAULA, 1981).

Apesar dos institutos previdenciários terem ampliado seus hospitais próprios, entre os anos 50 e 60, de nove para vinte e oito, manteve-se a prática de credenciamento e contratação de médicos e hospitais privados para o atendimento aos segurados, paralelamente ao crescimento dos leitos de natureza privada no país. O discurso da maioria dos institutos, de que esta atitude era *"meramente provisória"* não iria encontrar respaldo sobretudo após sua unificação, quando a política previdenciária implementada pelo Estado toma, explicitamente, o rumo do privilegiamento do produtor privado de serviços de saúde. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

A partir de 1960, os problemas decorrentes da forma de custeio dos institutos, de suas diferenças quanto aos benefícios e serviços prestados aos segurados e da crescente pressão pela ampliação e melhoria da assistência médica vão configurar uma situação de crise institucional e, principalmente, financeira, que tenderá a ser equacionada pela via da racionalização. (TEIXEIRA,1988; DONNANGELO, 1983).

Após 1964, e em consonância com os processos de centralização e modernização dos aparelhos governamentais implementados pelos governos militares, a perspectiva de resolução da crise, pela concentração de recursos de todos os IAPs e sua administração centralizada, iria se consolidar como uma saída capaz de imprimir maior racionalidade e controle ao sistema, ocorrendo, então, em 1966, a unificação das instituições previdenciárias e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A) Período 1967 a 1973

Na fase que se seguiu à unificação dos institutos, a atenção médica no âmbito previdenciário tendeu a um marcado crescimento, função, principalmente, da ampliação da cobertura, de tal forma que, de 1967 a 1970, a evolução real dos gastos do INPS com saúde elevou-se 95,3%. (BRAGA & PAULA,1981).

A assistência médica individual, cada vez mais objeto privilegiado da política e dos gastos públicos em saúde, assumiu uma crescente feição de prática curativa, hospitalar, especializada, tecnificada, consumidora de medicamentos e equipamentos, transformando-se, e, sobretudo, a seu *locus* privilegiado de atuação, o hospital, em instrumento importante de acumulação de capital no setor.

Em contraste com esta tendência, as ações de saúde coletiva experimentaram uma progressiva diminuição de peso político e de recursos orçamentários para sua implementação, acentuando-se sua marginalidade em relação à assistência médica previdenciária. A intervenção na área da Saúde Pública limitou-se às tradicionais campanhas dirigidas ao controle das endemias rurais e à atuação em unidades sanitárias, através de programas voltados, principalmente, para a área materno-infantil e para o controle de

algumas doenças transmissíveis de maior prevalência, como Tuberculose e Hanseníase. Configurou-se, assim, uma rede sanitária separada dos serviços de assistência médico-hospitalar e com eficácia comprometida, pela restrita cobertura da maioria das unidades de saúde, pela insuficiência técnica de suas ações e pela exiguidade dos recursos financeiros, materiais e humanos que a sustentava.

Apesar do decreto-lei 200, de 1967, atribuir ao Ministério da Saúde a competência de formular a Política Nacional de Saúde, à qual se subordinaria a assistência médica previdenciária, na prática, o que se viu, foi uma progressiva redução da participação deste Ministério no orçamento global da União - 3,44% em 1967 e 0,91% em 1973 - e um crescente esvaziamento dos poderes e atribuições que cabiam à Saúde Pública, ao lado da não incorporação de novas ações que lhe caberiam na área de controle do meio ambiente, do ambiente de trabalho e do espaço urbano, assim como da organização e produção dos serviços de saúde. (BUSS, SHIRAWA, MARANHÃO, 1976).

A prioridade e os planos da política de saúde encontravam-se voltados para a atenção médica individual, ligada à Previdência Social que, após a unificação de 1966, colocara sob controle do Estado um sistema de base financeira ampliada, de gestão centralizada e sem a participação dos trabalhadores, e que, coerente com a política econômica mais geral, abria possibilidades para o privilegiamento dos interesses privados na assistência médica e para o aprofundamento da acumulação capitalista no setor.

Em 1968, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, com diretrizes, prioritariamente, voltadas para a área da assistência médica, explicitando a nova relação que se pretendia entre o Estado e o setor privado: ao primeiro, caberia financiar um processo de produção de serviços de saúde controlado, basicamente, pelos produtores privados - médicos, clínicas, hospitais - e com fortes traços de prática médica liberal.

Este plano sofreu críticas por seu caráter excessivamente privatizante, pela sua defesa da medicina liberal, num contexto em que esta prática vinha tendendo a ser superada por novas formas de organização da produção de serviços de saúde, e, ainda, pelo exclusivo privilegiamento da medicina assistencial, em detrimento dos serviços de Saúde Pública. A

estas críticas, provenientes tanto de técnicos do Ministério da Saúde e do INPS, como de profissionais de Faculdades de Medicina e de associações e sindicatos médicos (LUZ, 1979), associou-se o risco potencial de inviabilidade financeira que o Plano continha e que ameaçava a expansão de cobertura e, mesmo, a manutenção, por setores crescentes da população, de níveis mínimos de consumo de serviços de saúde, com riscos de tensões sociais e políticas, levando ao seu abandono, após curto período de experimentação.

A orientação privatista da política previdenciária, contudo, não foi abandonada e, apesar da crescente interferência do Estado na área da assistência médica, ela ocorreu no sentido da preservação e da expansão do setor privado, o que DONNANGELO (1975) atribuiu às condições em que se processou a intervenção estatal: *"ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio"*.

Apesar da compra de serviços médico-hospitalares de terceiros já existir, como foi visto, à época dos IAPs, ela se tornaria a forma preferencial de prestação de assistência pelo INPS, expandindo-se através dos credenciamentos, com pagamentos à base de unidades de serviço, e dos convênios com empresas - que, por sua vez, contratavam empresas médicas -, de tal modo que, de 1969 a 1975, representou cerca de 90% da despesa geral daquele instituto. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Esta modalidade de interferência da Previdência Social na prestação de cuidado à saúde, prioritariamente como financiadora, provocou a expansão da produção privada de serviços médico-hospitalares, muitas vezes marcada pelo rol de expedientes que visavam aumentar o lucro decorrente do pagamento por unidades de serviço, como a multiplicação e desdobramento de atos médicos e de exames complementares. Desta forma, delineava-se um perfil de intervenção estatal onde o capital, nacional das empresas médicas e multinacional da indústria de equipamentos e fármacos, foi amplamente privilegiado.

Assim, neste período, a política de saúde foi marcada pela poderosa dinâmica da medicina previdenciária, com expansão e predomínio da assistência médica individual, hospitalar e privada, em oposição à marginalidade imposta à Saúde Pública, a despeito de que, em conjunturas específicas e, portanto, somente de forma localizada, alguns rumos diversos foram esboçados para as práticas sanitárias.

No **Estado de São Paulo**, de modo particular, no contexto da reforma administrativa racionalizadora e modernizadora implementada na Secretaria Estadual de Saúde, em 1967, ocorreu uma paulatina incorporação da assistência médica individual às atividades tradicionais dos Centros de Saúde, dentro de uma visão da Saúde Pública que buscava, estrategicamente, não mais somente o controle de algumas doenças infecto-contagiosas de maior prevalência, mas, também, o controle sobre alguns grupos populacionais, como crianças e gestantes.

GONÇALVES (1986), ao assinalar ser este processo de "*introdução das ações de assistência médica individual em escala ampliada e diversificada*", característico do modelo tecnológico assumido pela Saúde Pública paulista, nos dez anos que se seguiram à reforma de 1967, procurou situá-lo dentro da estratégia de extensão da cobertura dos serviços, que se imprimiu à política de saúde no país, em meados dos anos 70, e que será melhor apreciada quando considerarmos o período que se inicia em 1974.

De qualquer forma, antes desta estratégia assumir contornos mais definidos na política geral de saúde, um de seus postulados - a oferta de ações de assistência médica individual pelas unidades sanitárias - já surgia na configuração de um novo modelo assistencial para a rede de Centros de Saúde do Estado de São Paulo.

Dentro desta perspectiva, e com vistas à formação de pessoal para as novas funções propostas para a rede de saúde, é que se inserem os convênios, entre a Secretaria Estadual de Saúde e várias Faculdades de Medicina, para a criação de Centros de Saúde-Escola. Iniciada sua implantação no final dos anos 60 e estendendo-se pela década seguinte - somente no ano de 1971, seis convênios foram firmados, chegando a quatorze em 1979 -, os Centros de Saúde-Escola tornaram-se áreas privilegiadas para a experimentação de

programas comunitários, envolvendo práticas integradas de Saúde Pública e de assistência médica.

A incorporação da assistência médica individual representaria, assim, para a Saúde Pública, a possibilidade de retomar a reflexão sobre seu objeto de intervenção e de buscar uma rearticulação de suas práticas, determinando um novo dinamismo à área, mais intenso sobretudo a partir dos anos 80.

B) Período 1974 a 1979

As características da política de saúde que se traçou até aqui, marcada pela presença hegemônica da medicina previdenciária, com gestão centralizada, caráter excludente - apesar do crescente aumento da cobertura previdenciária - e orientação privatista, aprofundaram-se a partir de 1974, ao mesmo tempo em que suas contradições se tornavam mais agudas e ia se configurando uma situação de crise do modelo de prestação de serviços de saúde.

A partir de 1973, o processo de grande expansão da economia nacional, iniciado em 1967, entrou em esgotamento, acentuando a deterioração do nível de renda das classes médias e populares e a insatisfação com o regime. (SINGER, 1976). Esta situação fez com que, na perspectiva de diminuir as crescentes tensões sociais e políticas, se passasse a considerar a questão social como prioritária, reservando-se, no seu interior, *"papel de destaque à atuação da Previdência Social, devido a sua situação particular neste regime, de canal quase exclusivo de relação entre Estado e classes subalternas"*. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Coerente com o seu novo peso político, em junho de 1974 a Previdência Social deixa de ser atribuição do Ministério do Trabalho e passa a constituir um Ministério próprio,

o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), consolidando, na área da saúde, o lugar institucional da medicina previdenciária⁶.

Este processo de institucionalização da medicina previdenciária seria reasssegurado, em 1977, quando uma reforma administrativa de cunho racionalizador cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), integrando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), e que passa a concentrar toda a assistência médica ligada à Previdência.

Os novos ordenamentos institucionais, contudo, não iriam determinar mudanças na organização da prática médica previdenciária e, principalmente, não significariam um redirecionamento do modelo assistencial privatista que vinha sendo adotado.

Ainda dentro das medidas reformistas, mas agora envolvendo o MPAS e o Ministério da Saúde, além de outros ministérios e órgãos relacionados à área de saúde e saneamento, foi sancionada, em julho de 1975, a Lei 6229 relativa à organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A necessidade de imprimir maior racionalidade à organização da assistência à saúde existente até então, considerada, em documento técnico do próprio MPAS, *"insuficiente, descoordenada, mal distribuída e inadequada às reais necessidades da maioria da população"*, encontraria na visão sistêmica uma forma de equacionar estas distorções e de explicitar um novo modelo sanitário para o país. *(BASTOS). Neste modelo, o Sistema Nacional de Saúde seria constituído pelo complexo de serviços dos setores público e privado, voltados para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O aparente resgate do papel das ações de caráter coletivo, na verdade, traduzia a necessidade de conter a demanda pela medicina previdenciária e carregava em si a

⁶Em 1974, foi criado, também, o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), com a finalidade de contribuir na definição da política social e coordenar/integrar as ações das pastas ligadas à área social. Por solicitação deste Conselho, e subordinado a ele, foi criado, no mesmo ano, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que passou a centralizar os recursos financeiros e a elaborar os planos de sua aplicação nos programas e projetos de caráter social. Com relação a este último, BRAGA (1981) avaliava que, *"na área da saúde, o FAS é, fundamentalmente, um fundo de financiamento à iniciativa privada, em perfeita consonância com a política governamental no setor"*.

* BASTOS, M.V. apud MELLO, C.G. - O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. **Saúde em Debate**, 1:24-26, 1976.

perpetuação da dicotomia, entre as redes de atendimento médico-hospitalar, sob responsabilidade do MPAS, e de Saúde Pública, a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais de saúde.

Na busca da articulação entre os vários órgãos que atuavam na área da saúde, e entre os setores público e privado, transparecia a opção governamental por uma formulação sistêmica, pluriinstitucional, não monopolista para as ações de saúde no país, mas onde a possibilidade de interferência do Estado na condução da política nacional de saúde ficava limitada, pela necessidade de compatibilizar projetos distintos, e muitas vezes antagônicos, na área da saúde.

As medidas reformadoras assinaladas até aqui - institucionalização da medicina previdenciária e normatização do Sistema Nacional de Saúde - refletiram, no nível da política setorial, a estratégia governamental de modernização e racionalização dos aparelhos administrativos, necessária, sobretudo, na área da Previdência Social, em consequência da sua precária situação financeira e do peso político que lhe era atribuído⁷.

Ao mesmo tempo, a pressão da demanda por serviços médicos, decorrente da situação de crise econômica e conseqüente queda do nível de renda da maioria da população, no pós-74, passou a exigir que a prioridade para a questão social, no caso particular da saúde, se traduzisse em medidas, não só modernizadoras e racionalizadoras, mas que, efetivamente, dessem conta da necessária ampliação da oferta de serviços.

Coerente com esta estratégia de expansão da cobertura dos serviços de saúde, dois grandes planos foram implementados: o Plano de Pronta Ação (PPA), do MPAS, e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

O conjunto de portarias do MPAS a que se denominou PPA normatizou o atendimento médico previdenciário, com vistas a *"tornar os serviços de saúde mais acessíveis,*

⁷Ao lado das medidas de caráter normatizador, assinala-se, também, a busca do saneamento financeiro da Previdência Social, através da adoção de mecanismos de controle sobre os gastos com o setor contratado, de que são exemplos, a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), em 1974, e do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares do MPAS, em 1977.

de imediato, aos beneficiários da Previdência Social" e buscando também a universalização da cobertura, através da determinação de se atenderem os casos de emergências clínicas e cirúrgicas, independentemente da inscrição do paciente no INPS. (LUZ,1979).

Como consequência desta medida, e do crescimento dos credenciamentos de médicos e dos convênios com empresas e entidades federais, estaduais e municipais, ocorreu uma efetiva expansão da assistência médica previdenciária, já evidente logo após a implantação do PPA. Dados apresentados por BRAGA mostram que os gastos do INPS com assistência médica cresceram, significativamente, a partir do PPA, a taxas de 9,8% em 1974, 32,1% em 1975 e 36,2% em 1976. (BRAGA & PAULA,1981). Acelerou-se, também, dentro de uma tendência que vinha surgindo desde 1969, o crescimento das despesas com assistência ambulatorial, em relação àquelas com assistência hospitalar.

A expansão das internações hospitalares verificada após 1974 - 31,9% em 1975 e 25,2% em 1976 - ocorreu, basicamente, às custas dos hospitais não próprios: enquanto as internações em hospitais próprios da Previdência cresceram 3,9% em 1975 e decresceram 2,9% em 1976, no setor contratado e conveniado (representado quase exclusivamente por hospitais privados) ampliaram-se 33,2%, em 1975 e 26,2%, em 1976. (BRAGA & PAULA,1981).

O Plano de Pronta Ação, porém, determinou um incremento mais significativo ainda na área de atendimento ambulatorial, também às custas da rede não própria que, somente no ano de 1975, apresentou um crescimento de suas consultas da ordem de 230,9% e dos serviços complementares (exames laboratoriais, radiológicos e odontológicos) da ordem de 129,5%. (BRAGA & PAULA,1981).

Conforme assinalado por BRAGA (1981), *"a assistência ambulatorial, e principalmente os serviços diversos, substituíram parcialmente para as empresas médicas (hospitais e/ou clínicas) a dinâmica de lucratividade que, a partir dos anos 60, estava assentada com maior vigor na assistência hospitalar"*. Esta prática ambulatorial, *"ligada técnica e economicamente ao hospital, à rede laboratorial, radiológica, etc."* incorporava-se, assim, à dinâmica da acumulação de capital no setor saúde.

A ampliação da assistência médica, consequente ao PPA, ocorreu, ainda, dentro do mesmo modelo de relacionamento da Previdência Social com o setor privado, baseado no pagamento por unidades de serviço, favorecedor de irregularidades e corrupção e caracterizado pela ausência de controle sobre o volume e a qualidade dos atos médicos e pelo descompromisso com a eficácia das ações e com os interesses dos usuários dos serviços de saúde.

Entre as medidas constantes do PPA importa salientar, ainda, o protocolo firmado entre o MPAS e o MEC, no sentido de integrar os hospitais de ensino aos programas de assistência médica da Previdência Social. Com efeito, desde 1971, já vinham sendo firmados convênios entre os hospitais universitários e a Previdência, que não se diferenciavam do modelo de compra de serviços de terceiros baseados no pagamento por unidades de serviço e que, também, tinham por objetivo *"atender às necessidades do INPS de expansão da cobertura e de formação de uma mão-de-obra adaptada às exigências da prática médica predominante, sem que o cumprimento destes objetivos se contrapusesse à lógica imperante baseada na privatização e lucratividade"*. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Em 1974, uma nova política foi estabelecida pela Previdência Social para os hospitais universitários e de ensino, passando a definir a prioridade destes para fins de contratos e convênios pelo INPS e as necessárias diferenças entre estes convênios e os firmados com o setor privado, a considerar as atividades didáticas e de pesquisa quando da avaliação dos indicadores técnicos desses hospitais e propondo a substituição do sistema de pagamento baseado em unidades de serviço por convênios do tipo global. (AGUIAR, 1974).

Apesar de representar uma situação potencialmente vantajosa para os hospitais de ensino, somente um terço das escolas médicas havia assinado o novo convênio com o INPS até 1978, em função da influência de interesses de docentes ligados ao setor privado e da queda da receita dos hospitais, quando do pagamento por subsídios mensais baseados nas altas hospitalares, ao invés daquele por unidades de serviço. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Retornando à questão da busca de expansão da cobertura dos serviços de saúde, vimos como o PPA contribuiu, neste sentido, no que se refere à medicina previdenciária.

Dentro da mesma estratégia, mas agora pretendendo implementá-la na esfera do Ministério da Saúde, foi elaborado por técnicos do setor saúde do IPEA (Secretaria de Planejamento da Presidência da República) e aprovado em agosto de 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo central era a implantação de uma estrutura de serviços básicos de saúde e saneamento nos pequenos municípios da região Nordeste do país, para atender à parcela da população sem acesso permanente a cuidados médico-sanitários. A prioridade dada à região Nordeste e às áreas rurais para sua implantação representou uma opção tática, de não enfrentamento com o modelo assistencial hegemônico, como analisa ROSAS (1981), ao afirmar *que "um Programa do tipo do-PIASS, para ser viabilizado na conjuntura em que foi lançado, tinha que delimitar-se a áreas e populações fora dos interesses privados do setor saúde"*.

Utilizando o modelo da Medicina Comunitária, o Programa assentava-se na utilização, em larga escala, de atendentes de saúde recrutadas nas próprias comunidades; na ênfase no atendimento das doenças transmissíveis; na atuação, com pessoal auxiliar, através de módulos básicos, constituídos por unidades simplificadas, localizadas nas comunidades rurais, apoiadas e referenciadas a outras de maior porte, estas com profissionais médicos e situadas na sede dos municípios; no incentivo à participação da comunidade nas atividades do Programa; na preocupação com a relação custo-benefício das atividades a serem desenvolvidas e com a abordagem multissetorial, envolvendo ações de suplementação alimentar e de saneamento básico. Apoiava-se, ainda, na proposta de articulação e integração dos diversos organismos públicos componentes do SNS, para a coordenação, acompanhamento e avaliação do Programa, tanto no nível federal, quanto estadual e municipal.

A avaliação do desempenho do PIASS mostra que ele promoveu, em realidade, uma expansão de unidades básicas, com incorporação de pessoal e de equipamentos, coerente com a opção inicial de consolidação do Programa pela implantação intensiva da rede física, deixando, para um segundo momento, a ênfase na qualidade dos serviços. Em

decorrência desta preocupação principalmente quantitativa, muitas características que deveriam marcar a rede básica não se efetivaram, ocorrendo baixa cobertura dos Postos de Saúde, que não conseguiram constituir-se em porta de entrada dos pacientes no sistema; clientelismo político na escolha das atendedoras, cuja capacitação técnica e supervisão mostraram-se insuficientes; não ocorrência da esperada integração entre as unidades rurais e o Centro de Saúde de referência, estes últimos também marcados pelo isolamento e baixa capacidade resolutiva de suas ações. (PINTO,1983).

As análises a respeito da proposta do PIASS apontam algumas contradições implícitas no Programa, que se cabe destacar. Uma delas diz respeito à ambiguidade presente na própria busca de extensão da cobertura: esta, em sendo efetiva, provocaria uma demanda adicional relevante para os outros níveis de atenção, em sua maioria dependentes de uma medicina previdenciária cujas distorções e dificuldades financeiras só se veriam agravadas, contradição esta que seria atenuada se, ao invés de servirem como "porta de entrada" para o sistema, as unidades simplificadas representassem, na verdade, uma "barreira" para o acesso aos outros níveis de atendimento. (UNICAMP/NEPP,1986)

A forma como o Programa lidou com a questão da participação comunitária também foi objeto de críticas: da comunidade, vista como um todo homogêneo, era pretendido o apoio às atividades propostas, inclusive através de trabalho não remunerado, sem que estivesse prevista sua participação efetiva nas decisões mais gerais relativas ao Programa. Acrescente-se a isso, o fato de que a abordagem multissetorial, com vistas a transformar o estado de carência de grupos populacionais, constituía uma consideração superficial dos determinantes reais de suas condições de saúde, de tal maneira que não ocorreu *"uma crítica mais profunda à responsabilidade estatal na geração das desigualdades que, em parte, o programa procura corrigir, como, ainda, se desvia implicitamente para a esfera do consumo, a solução de algo que se origina na esfera da produção"*. (UNICAMP/NEPP,1986).

O PIASS teve sua implantação ampliada a partir de 1979, quando o INAMPS assumiu o custeio parcial da sua rede de serviços, que se intensificou na região nordeste e se estendeu para as regiões norte, centro-oeste e sudeste. A partir de 1980, passou a fazer

parte do Programa de Serviços Básicos de Saúde do Ministério da Saúde e, através dos convênios únicos firmados por esse Ministério com as Secretarias estaduais de saúde, teve suas atividades incorporadas à rede estadual de serviços básicos de saúde e saneamento.

A política de saúde, no período que vimos analisando, caracterizou-se, assim, pela intensificação dos traços que já a marcavam desde os anos 60 - a supremacia das práticas de saúde curativas, individuais, predominantemente privadas e custeadas pela Previdência Social. Ao mesmo tempo, pelo próprio padrão de organização e financiamento da produção de serviços, as suas contradições se aprofundaram, abrindo espaços para algumas reformas, mesmo permanecendo inalterada a essência do modelo.

Ao lado das medidas já analisadas, há de se assinalar ainda que, a partir de 1975, ocorreu uma relativa revitalização do Ministério da Saúde: seus recursos aumentaram 35,7%, em relação ao ano anterior e, em proporção semelhante, cresceram as despesas com o conjunto dos programas, além de ter ocorrido uma dinamização nas transferências financeiras para as secretarias estaduais de saúde. (BRAGA % PAULA, 1981). Houve uma reativação dos programas já existentes, a criação de novos⁸, a implementação de atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e, também, a realização de uma reforma administrativa, que *"objetivou conseguir um aumento de capacidade gerencial do Ministério, a utilização de tecnologia mais adequada à solução dos problemas de saúde e, sobretudo, a descentralização da execução das atividades (...) tendo por finalidade maior apoio às Secretarias Estaduais de Saúde e aos municípios como órgãos essencialmente executivos da política de expansão de cobertura médico-sanitária"*. (OPS/FUNDAP, 1985).

Esta retomada da Saúde Pública pautou-se, principalmente, pela necessidade de incorporação da proposta de extensão da assistência através dos serviços básicos e que, apesar de sua marginalidade relativamente ao conjunto das políticas de saúde, representou *"uma estratégia de reserva do Estado face à crise do setor"*. (PAIM, 1984).

⁸São exemplos desta reanimação programática, o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil e o PLASS.

Ao fechar a análise deste período, cabe registrar que, com relação ao **Estado de São Paulo**, a intervenção governamental seguiu o mesmo perfil adotado no nível nacional, com os serviços médico-hospitalares, ligados direta ou indiretamente à Previdência Social, sendo os principais responsáveis pelo atendimento realizado no Estado. A expansão da rede de serviços da Secretaria Estadual da Saúde ocorrida na década de 70, com incorporação das ações de assistência médica individual nas unidades sanitárias, apesar de sua relevância, por referência ao período anterior, não conseguiu impor uma mudança nos rumos do modelo privilegiador da assistência médica hospitalar, a cargo dos produtores privados de serviços e insumos, mantendo-se a separação entre as redes de atendimento, com consequente maior volume de despesas, dificuldades em seu controle e baixa efetividade social.

Assinale-se, também, a falta de uma política de integração das ações nos níveis médico-sanitário e hospitalar, dentro das próprias instituições governamentais, com a destinação de grande parte dos recursos para os hospitais universitários estaduais e para as Coordenadorias de Assistência Hospitalar e de Saúde Mental, de forma praticamente independente das prioridades e dos programas médico-sanitários desenvolvidos pela rede de Centros de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Deste modo, também em âmbito regional, a despeito da busca de mudanças quantitativas e qualitativas na organização das práticas sanitárias, reproduziu-se, fundamentalmente, o modelo hegemônico traçado na esfera nacional.

C) Período 1980 - 1985

No início dos anos 80, a situação de crise, que se configurava no sistema previdenciário de assistência médica desde sua implantação, sofreu um processo de agudização, decorrente, tanto de fatores estruturais, relacionados ao seu esquema de custeio, ao padrão de acumulação no setor e ao modelo assistencial adotado, como conjunturais, ligados à fase recessiva da economia nacional, com aumento do desemprego e redução da receita previdenciária. (BRAGA & PAULA, 1981).

O acirramento da crise acompanhou-se da impossibilidade de manter restrita, a alguns grupos de interesses, a realidade de sua existência e da origem de suas determinações, de tal modo que, pelo menos em seu aspecto financeiro, ela veio à tona em 1981, através dos próprios setores governamentais.

Já no ano anterior, porém, a evidência das distorções do sistema, não só no nível econômico-financeiro, mas, também, naquele relativo à crônica ineficiência do modelo de prestação de serviços, com insatisfação por parte dos usuários e dos profissionais de saúde, acentuou a necessidade de se promoverem reformulações na política de saúde que vinha sendo adotada até então. O processo de redemocratização do país, iniciado no final da década de 70, e o aumento da pressão popular por melhores condições de vida e saúde abriram possibilidades para que, dentro do próprio aparelho de Estado, se esboçassem projetos mais amplos de reorientação do modelo vigente.

Assim, em março de 1980, no contexto das discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema único era a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, foi anunciado o Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREV-SAÚDE). Elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, objetivava *"estender a cobertura de cuidados primários de saúde a toda a população, reorganizar o setor público pela articulação interinstitucional e o reordenamento da oferta de serviços, com redução dos custos unitários e aumento da produção dos recursos disponíveis e, ainda, promover a melhoria das condições gerais do ambiente"*, enfatizando a implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água e as medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da Doença de Chagas. (BRASIL, 1980).

Tendo como inspiração o ideário da Organização Mundial de Saúde sobre cuidados primários e algumas experiências nacionais de atenção primária, como o Projeto Montes Claros (MG) e o PIASS, o PREV-SAÚDE priorizava os serviços básicos de saúde, relativamente aos outros níveis de atenção, e o atendimento nas áreas rurais periféricas dos grandes centros urbanos, prestado por agentes comunitários, pessoal auxiliar e médicos generalistas. Este atendimento estaria vinculado à atenção ambulatorial diferenciada e a

unidades mistas para internação, compondo um modelo regionalizado, hierarquizado e funcionalmente unificado.(UNICAMP/NEPP,1986).

Entre suas diretrizes, cabe destacar: a afirmação da responsabilidade do setor público pelos serviços básicos de saúde; a descentralização decisória e operacional, coerente com o propósito de redirecionar a expansão dos serviços no sentido do crescimento e fortalecimento das redes estaduais e locais, e a definição de critérios para a inclusão dos serviços privados no sistema.

A primeira versão do PREV-SAÚDE encontrou resistências, tanto nos setores empresariais, que o consideraram estatizante, quanto entre os profissionais de saúde, que desconfiavam de sua origem tecnocrática e sem respaldo num debate amplo. Houve, ainda, resistências da parte do próprio INAMPS, que se posicionou contrário ao Programa, principalmente pela diminuição do seu controle sobre os serviços públicos, conseqüente ao fortalecimento dos níveis estadual e local, e também em decorrência das restrições ao crescimento do setor privado. As pressões contra o projeto determinaram significativas modificações em seu teor, descaracterizando a proposta inicial e gerando a elaboração de uma nova versão. (MELLO,1981).

A segunda versão do PREV-SAÚDE, colocada para debate pelo MPAS, suscitou o posicionamento de vários setores interessados nos seus desdobramentos, tanto aqueles que ainda o consideravam discriminador da iniciativa privada, quanto os que criticavam o seu esvaziamento e denunciavam a manutenção das condições responsáveis pelas distorções do sistema. (OLIVEIRA & TEIXEIRA,1989).

Sem conseguir aglutinar apoios em qualquer dos grupos interessados, o projeto foi abandonado, restando, como contribuição, o fato de ter propiciado que o debate sobre os grandes modelos assistenciais pudesse vir à tona e ter-se constituído num *"locus de expressão das contradições mais profundas que permeiam o setor saúde, revelando ainda que os grupos empresariais médicos estavam fortemente articulados e dispostos da iniciativa política"*. (PAIM,1984).

No ano de 1981 a crise previdenciária acentuou-se e, apesar de seu caráter crônico e estrutural, o que transpareceu para o conjunto da sociedade foi, principalmente, seu aspecto financeiro, agravado pelo déficit do sistema no ano anterior, em decorrência da situação de recessão econômica nacional.

As propostas para a solução da crise, tradicionalmente na linha do aumento da receita pelo aumento das contribuições e de contenção dos gastos pelas restrições nos benefícios e serviços, passaram a incorporar, também, a crítica ao funcionamento da máquina previdenciária e, dentro dela, à área de assistência médica. (OLIVEIRA,1981).

Mesmo esta área não representando a causa única da crise financeira, a evidência das fraudes e corrupções que se avolumavam, conseqüentes à forma de relacionamento da Previdência com os hospitais contratados, reforçaram os argumentos de setores quase unânimes, com exceção da Federação Brasileira dos Hospitais, que atribuíam a responsabilidade da crise à condução da medicina previdenciária, defendendo a necessidade de reformas nessa área. (OLIVEIRA & TEIXEIRA,1989).

Ao lado disso, vinha também ocorrendo uma crescente preocupação, por parte da sociedade civil organizada, com as questões relativas à saúde e à organização dos serviços, ampliando o debate e contribuindo para o surgimento de novas propostas para a política de saúde⁹.

Coube ao Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão do MPAS, criado em setembro de 1981 com a finalidade de estudar e propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, a elaboração de uma proposta racionalizadora para o reordenamento do sistema de saúde, a partir de um diagnóstico bastante crítico do modelo vigente de prestação de serviços.

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, proposto pelo CONASP e aprovado em agosto de 1982, continha, sintetizados em sua exposição de motivos, os princípios básicos da reforma pretendida:

⁹A temática da saúde vinha, progressivamente, sendo incorporada às discussões e à luta das associações de moradores, sindicatos de trabalhadores, sindicatos e associações de profissionais de saúde, em particular o movimento médico, comunidades eclesiais de base e partidos de oposição. (CEBES, 1981).

- prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial;
- integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado, incluindo a população rural;
- utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições, às quais deve ser assegurada prioridade nos atendimentos à clientela;
- estabelecimento efetivo de níveis e limites orçamentários para a cobertura assistencial, ajustando os seus programas às condições reais da economia nacional;
- administração descentralizada dos recursos;
- reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada na prestação de assistência;
- estabelecimento de critérios mais racionais para a prestação de serviços médicos (tanto pelas instituições privadas como públicas);
- simplificação concomitante dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros, com o necessário controle pelos órgãos públicos;
- racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado;

O Plano do CONASP, como se vê, representou uma retomada de muitas das diretrizes do PREV-SAÚDE, tendo encontrado, porém, condições mais favoráveis que aquele para sua implantação, tanto pela progressão da crise, que acentuava a necessidade de reformas, quanto por uma redefinição político-institucional do MPAS, agora o condutor do processo de mudança. Ainda, o novo Plano carregava uma intenção clara, a de reduzir os gastos da medicina previdenciária, compatibilizando, assim, sua estratégia racionalizadora com a política mais geral de contenção de despesas. Apresentava, também, grande preocupação com a gradualidade do processo de reorientação do modelo, *evitando "a polarização entre grupos da sociedade" e buscando "avanços graduais mas seguros, tanto técnica como politicamente"*. (BRASIL/MPAS/CONASP,1982).

Marcado pela pretensão de reorientar a atenção médica e produzir a melhoria da qualidade dos serviços, *"sem no entanto chocar-se com as diretrizes da política econômica e de gasto público em vigor"*, a avaliação de seus resultados, após dois anos da implantação, iniciada em 1985, mostrou que este Plano *"acabou funcionando muito mais como um instrumento de redução das despesas, do que de transformação da política"*. (UNICAMP/NEPP,1986).

Algumas das proposições contidas no Plano, contudo, foram adquirindo maior peso político e institucional ao longo de sua implementação. Este foi o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta subjacente ao Plano do CONASP e que, a partir de 1984, foi instituída pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) como a principal estratégia de intervenção, no sentido da reversão do modelo anterior de organização dos serviços de saúde.

As AIS reafirmavam os princípios da responsabilidade do poder público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, da valorização das atividades básicas, da regionalização e hierarquização única dos serviços, com utilização prioritária e plena da rede pública, e da descentralização administrativa. Objetivavam o estabelecimento de relações integradoras entre todas as instituições de saúde da rede de serviços, formalizadas através de convênios e estruturadas funcionalmente através de instâncias colegiadas, que permitiriam a cogestão de sistemas de saúde de âmbito estadual e, também, loco-regional. Estes sistemas deveriam se caracterizar pela busca de um alto grau de resolubilidade, pela intervenção planejada a partir do quadro sanitário e pela valorização dos recursos humanos, contando com a participação das organizações de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na definição de prioridades. (UNICAMP/NEPP,1986).

A proposta das AIS apontava no sentido da universalização do atendimento - à rede de serviços de saúde deveria ter acesso toda a população urbana e rural, previdenciária e não previdenciária -, da equidade do cuidado e da integralidade das ações, dentro da perspectiva de superação das dicotomias preventivo/curativo e individual/coletivo.

Iniciados os convênios MPAS/MS/MEC com as Secretarias Estaduais da Saúde, em 1983, o Programa se expandiu, principalmente, a partir de 1985, com a crescente assinatura de Termos de Adesão pelos municípios, passando de 132, em 1984, para 644, ao final de 1985, e ampliando sua cobertura para 67% da população do país. (UNICAMP/NEPP, 1986). Sua implementação propiciou que ocorresse um maior aporte de recursos financeiros para a rede pública, sobretudo ambulatorial, provenientes de repasses do INAMPS para as Secretarias estaduais e municipais de saúde, a ampliação do acesso à rede pela população não previdenciária e abriu possibilidades para o início do processo de discussão e equacionamento conjunto dos problemas assistenciais, pelas instituições de saúde do nível local e regional.

Mas, a despeito desta potencialidade, os diferentes pesos políticos das instituições envolvidas, a começar pelo papel hegemônico exercido pelo INAMPS, nem sempre permitiram uma efetiva gestão colegiada do sistema. Ao lado disso, persistiram limitações de ordem financeira, de tal modo que, apesar da expansão verificada em 1985, às AIS coube menos de 10% do orçamento do INAMPS. O Programa também não conseguiu romper com a separação entre as ações de caráter individual e aquelas de alcance coletivo, constituindo-se, principalmente, numa estratégia voltada para a área da assistência médica, limitando sua atuação ao incentivo e à reorganização desta esfera da atenção à saúde. Por fim, a estratégia das AIS não alcançou incluir os produtores privados de serviços de saúde, restringindo a busca de integração, equidade e universalidade do atendimento às ações da rede pública.

Cabe assinalar, neste ponto, que a idéia da municipalização das atividades de saúde, implementada com as AIS, esteve presente, desde muitos anos antes, no discurso e no debate da política de saúde. Com efeito, na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963 por convocação do Ministro da Saúde, Wilson Fadul, esta questão, que pertencia à temática do discurso sanitarista desenvolvimentista (LUZ, 1979), foi priorizada, criticando-se a excessiva centralização federal, evidente sobretudo no modelo campanhista da Saúde Pública, e discutindo-se as atribuições e responsabilidades das três esferas de governo na reorganização dos serviços de assistência médico-sanitária.

Trecho de um pronunciamento daquele ministro, evidenciava esta posição: *"Torna-se indispensável a organização de uma estrutura permanente, de modo a atender à população brasileira, o que só será alcançado com a integração do município naquilo que se poderia chamar de Rede Nacional de Saúde. (...) A descentralização das tarefas executivas, no âmbito da ação curativa, é indicada como postulado capaz de reforçar os órgãos estaduais e municipais, que receberão subsídios federais dentro de normas que variam, em função da complexidade dos problemas sanitários locais, da escassez de recursos e da densidade demográfica".** (FADUL).

Mas, como já foi visto, o período pós 64 determinou uma orientação diversa, de caráter centralizador, à política mais geral, com reflexos nas decisões e ações, tanto na área da Saúde Pública como naquela da assistência médica individual, principalmente após a centralização/unificação dos institutos previdenciários.

A questão da descentralização permaneceria, contudo, como temática latente, dominada, mas que iria ressurgir no interior das propostas de reorientação do modelo assistencial privatista dominante, principalmente após a eclosão de sua crise. Experiências isoladas de construção de modelos alternativos¹⁰, iniciadas nos anos 70, continham aquela proposição, que passou, posteriormente, a ser incorporada também aos programas oficiais. Assim, na formulação do PIASS, *"o grupo do-IPEA, inclusive com a assessoria direta de Mário Magalhães da Silveira, recuperou ou tentou recuperar as propostas da III CNS que haviam sido abortadas pelo golpe militar"*, tornando presente a idéia da municipalização já nos documentos iniciais, apesar da opção posterior por *"um programa regional, com base numa coordenação estadual"*. (SCOREL, 1987).

* FADUL, W. apud BRAGA & PAULA. 1981.

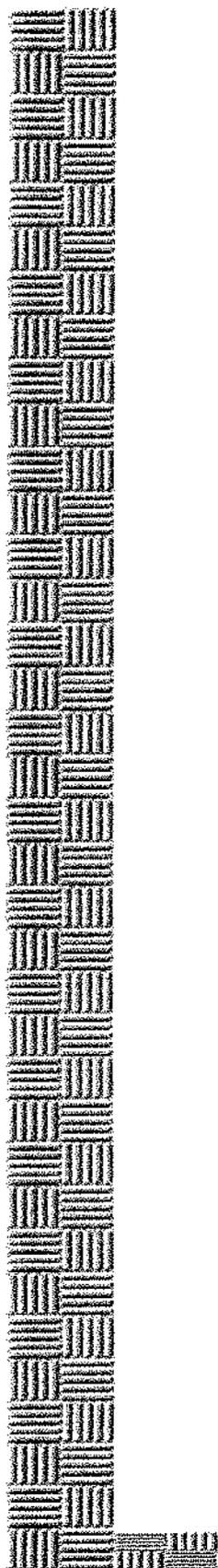
¹⁰As experiências de extensão de cobertura, através da atenção primária à saúde, desenvolvidas por vários municípios, suscitaram a realização, em maio de 1978, do I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste, promovido pelas prefeituras de Campinas(SP), Londrina(PR) e Niterói(RJ), do qual participaram 61 prefeitos de 16 estados de todas as regiões do país, e que motivou a realização de outros encontros semelhantes, nos anos seguintes. (SANTOS, 1986).

Nos Planos que se seguiram, a questão da descentralização manteve-se como diretriz racionalizadora para o setor, mas sem que, efetivamente, tenha sido alcançada sua concretização.

Na esfera da Saúde Pública, o início dos anos 80 presenciou uma retomada, mesmo que discreta, do dinamismo desta área, traduzido num aumento das despesas com alguns programas do Ministério da Saúde (como Alimentação e Nutrição, Serviços Básicos de Saúde e Produtos Profiláticos e Terapêuticos). Entretanto, a área ainda mantinha uma participação percentual pequena, considerando-se o conjunto das despesas em saúde do nível federal, - em torno de 3% para os serviços básicos de saúde e de 2% para o controle das doenças transmissíveis -, agravada pela redução real do gasto total em saúde, sobretudo a partir de 1983. (OPS/FUNDAP,1985).

Com a implantação das AIS e o início dos repasses de recursos previdenciários para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, começaria a viabilizar-se a reorganização da rede de Postos e Centros de Saúde, ocorrendo um incremento das atividades básicas e, sobretudo, a incorporação do atendimento médico individual, voltado para as patologias de maior prevalência, inclusive aquelas da população adulta, mas sem uma correspondente implementação das ações de caráter coletivo e sem a incorporação, na maioria dos serviços, de novas responsabilidades nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde Ocupacional e Ambiental.

A partir de 1985, com o advento da Nova República, intelectuais e técnicos do movimento sanitário, que participaram da elaboração do Plano de Ação Governamental para o setor saúde, também passaram a ocupar cargos no segundo escalão dos Ministérios da Saúde e da Previdência e a influenciar, mais diretamente, as estratégias para a reformulação do sistema de saúde. (SCOREL,1987). Em julho deste ano foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, dando início a um processo ampliado de discussão, envolvendo várias entidades, tanto de produtores como de usuários dos serviços de saúde, sindicatos e partidos políticos, em torno de questões como o direito à saúde, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor e que precedeu o intenso debate que se travaria naquela conferência, em março do ano seguinte, quando se definiram os objetivos estratégicos para uma ampla reforma setorial. (BRASIL/MS/MPAS,1986).



3. A EDUCAÇÃO MÉDICA E OS MOVIMENTOS DE REFORMA MÉDICA

A educação médica brasileira, a partir dos anos 50, foi marcada pela influência de vários projetos de reforma médica que tiveram sua origem fundamentalmente na sociedade americana e que, dentro do contexto mais amplo das relações de dependência entre os países latinoamericanos e os Estados Unidos no pós-guerra, passaram a estar presentes nas discussões e propostas de reformulação educacional que se desenvolveram na América Latina e, em particular, no Brasil.

O modelo médico americano, que foi incorporado inicialmente pelas escolas médicas brasileiras, assentava-se sobre as propostas flexnerianas¹¹ e, pelo seu caráter "cientificista" e de valorização das atividades "no laboratório e na clínica" vinha atender às necessidades de recomposição da prática médica no sentido do privilegiamento das práticas assistenciais, mais adequadas às exigências do processo de industrialização que estava em curso no país. (LIMA,1983).

Mas, à época em que este modelo de educação médica começava a exercer aqui, tardiamente, sua influência, como também o fazia em outros países latinoamericanos, nos Estados Unidos já estava em processo uma experiência de reforma curricular fundada na crítica e na revisão de alguns dos postulados flexnerianos¹². Ao longo das décadas de 50 e 60, outros movimentos se seguiram, nascidos no âmbito das escolas de Medicina ou fora delas, mas, ainda assim, buscando sua mediação para os projetos de reforma da prática médica de que eram portadores.

Não nos cabe, dentro dos limites definidos pelos objetivos deste trabalho, abordar o conjunto dos movimentos externos que, em maior ou menor grau, exerceram influência sobre a educação médica brasileira; interessa-nos, particularmente, aqueles projetos de reforma que tiveram impacto nas escolas médicas, em grande parte através dos departamentos de Medicina Preventiva, em suas propostas de integração ensino-serviço.

¹¹As propostas constantes do Relatório Flexner (1910) incluíam: a valorização das ciências básicas, com criação do ciclo básico e o desenvolvimento de ensino e investigação em suas disciplinas; a criação de departamentos, em substituição ao sistemas de cátedras; a vinculação das escolas médicas a universidades, e a incorporação, pelas escolas, do hospital como espaço privilegiado para o ensino e para a realização da prática médica.

¹²Tratava-se do modelo de ensino integrado das disciplinas básicas e clínicas, implantado pela Escola de Medicina de Western Reserve. (ANDRADE, 1978; GARCÍA, 1972).

Nesta perspectiva, assumem importância os movimentos referentes à Medicina Preventiva/Medicina Integral, à Medicina Comunitária e à Integração Docente-Assistencial que, sobretudo nas décadas de 60 e 70, estiveram intensamente presentes no debate e na experimentação de modelos de educação médica pelas escolas brasileiras.

3.1. O MOVIMENTO PREVENTIVISTA

O movimento da Medicina Preventiva constituiu-se em um projeto de recomposição da prática médica ancorado na reconceitualização e reorganização do saber médico e que, através de algumas estratégias voltadas fundamentalmente para o espaço escolar, visava a incorporação de conceitos e atitudes por parte do profissional médico, na perspectiva de alcançar uma transformação da sua prática individual e, correlatamente, da totalidade da prática médica.

A emergência da Medicina Preventiva, articulando um novo discurso e propondo uma nova atitude¹³, diante do doente, da doença e das exigências sociais relativas à saúde, teve seu campo de determinações ligado à estrutura de produção e consumo de cuidados médicos na sociedade americana e ao papel hegemônico aí desempenhado pelo setor privado, constituindo-se em projeto político-ideológico deste setor, diante do problema do custo crescente da atenção médica naquele país. (AROUCA,1975; DONNANGELO & PEREIRA,1979).

A crítica do movimento preventivista à medicina curativa centrava-se no caráter parcial de sua prática, voltada basicamente para as ações diagnósticas e terapêuticas, marcada pela crescente especialização e pelo seu alto custo, porém ineficiente diante dos principais problemas de saúde da população. O desenvolvimento de múltiplas especialidades e o predomínio do enfoque biológico no conhecimento médico seriam responsáveis por uma abordagem fragmentária e parcial, tanto do paciente quanto do processo saúde doença, exigindo o resgate da unidade bio-psico-social do indivíduo e a recomposição da totalidade

¹³Uma atitude ao mesmo tempo integral, preventiva e social, por referência à abordagem do paciente e da família, à concepção do processo saúde-doença e às práticas a serem desenvolvidas na comunidade. (AROUCA, 1975).

da ação médica - preventiva, curativa e reabilitadora -, dirigida não somente contra a doença mas, acima de tudo, no sentido da preservação da saúde.

A crítica à fragmentação do trabalho médico e a retomada da concepção do indivíduo como um todo aproximou a Medicina Preventiva do movimento da Medicina Integral, surgido no interior da educação médica americana no início dos anos 50 e que representou *"uma tentativa de aprimoramento da medicina individualista para corrigir as distorções das instituições de saúde"* (SILVA,1973), buscando, estrategicamente, uma racionalização destas instituições por meio de mudanças centradas no médico, a quem caberia assumir o cuidado integral do paciente. (OPS,1975).

Sobrepondo-se ao campo da Medicina Integral, o movimento preventivista formulou seu discurso a partir da construção de um arcabouço conceitual básico em que, ao lado do conceito ecológico da saúde e doença e da multicausalidade, aparecia, como conceito-chave, o da História Natural da Doença, que funcionou como modelo para uma releitura do conhecimento médico e para a organização da sua intervenção. (AROUCA,1975).

Ao centrar sua capacidade transformadora na figura do médico, agente do cuidado, imbuído de uma nova concepção sobre o processo saúde-doença e investido de novas responsabilidades sociais - além do paciente, também a família e a comunidade -, o projeto preventivista colocava no processo de preparação desse agente e no local institucional de sua realização - a escola médica - o espaço de eleição para o desenvolvimento de suas estratégias de mudança.

Passava, assim, a ser necessária uma ação reformadora no interior da escola médica, para a qual os departamentos de Medicina Preventiva funcionariam como pólos de difusão do novo discurso e, pela sua integração com o ensino das diversas disciplinas do currículo médico, poder-se-ia alcançar a formação de uma atitude preventivista, tanto nos alunos como nos próprios docentes. Desta forma, o recurso à integração representava *"um conceito político do movimento em relação à escola médica, procurando a formação de uma*

consciência difusa que, levando a um consenso, determinasse a transformação da própria escola". (AROUCA,1975).

A partir de seu desenvolvimento nos Estados Unidos, ainda na década dos anos 50 o movimento preventivista difundiu-se para a América Latina, principalmente através da Organização Panamericana da Saúde que patrocinou, em 1955, no Chile, e em 1956, no México, seminários sobre o ensino da Medicina Preventiva, que viriam a se constituir em instrumentos fundamentais para a irradiação das idéias daquele movimento e sua incorporação pelas escolas médicas latinoamericanas. (OPS,1976a).

Nestes seminários, foram reafirmados os princípios que deveriam orientar a educação médica - a compreensão global do homem e de suas relações com o meio, o conhecimento do alcance e das possibilidades da prevenção e a consciência da função social do médico -, princípios estes que, associados a determinadas estratégias curriculares, levariam à formação de um novo tipo de médico e, como consequência, a uma nova prática da medicina e a melhores condições de saúde para a população. (AROUCA,1975).

Considerou-se que o ensino da Medicina Preventiva deveria estar presente ao longo de todo o curso médico, com especial ênfase, ao lado das disciplinas específicas, na busca da integração do departamento de Medicina Preventiva com os outros departamentos da escola médica, para que alcançasse projetar conceitos e práticas de prevenção sobre todo o ensino.

Entre os métodos que deveriam ser utilizados na formação de uma consciência e de uma atitude preventivistas nos estudantes, recomendava-se *"especialmente que el alumno - debidamente superoigilado - actúe como observador y consejero médico de un número limitado de famílias de la comunidad, durante un largo período"*. (OPS,1976b).

A comunidade, entendida como o conjunto de famílias de determinada área urbana ou rural, era considerada o verdadeiro laboratório dos departamentos de Medicina Preventiva, onde se desenvolveriam a investigação e a docência, permitindo ao estudante o

contato¹⁴ com as condições de vida da população e a compreensão das relações entre a doença e o meio social.

Além da observação continuada de famílias da comunidade, recomendava-se a realização de visitas a organismos públicos e privados, sanitários e assistenciais, e também, quando possível, a participação nas atividades dos centros de saúde. Esta participação do estudante nos serviços locais de saúde apresentava-se, enquanto proposta pedagógica, de forma ainda pouco elaborada, já que também eram limitadas as relações dos departamentos de Medicina Preventiva e das escolas médicas com aqueles serviços, constituindo-se, inclusive, como proposição, o estreitamento dos vínculos e a formalização de acordos entre as instituições de ensino e os serviços de Saúde Pública.

A concepção da relação ensino-serviço, que transparecia nas recomendações dos Seminários de Viña del Mar e de Tehuacán, era principalmente centrada na figura do médico a ser formado, portador de uma nova atitude, dirigida para a prática da Medicina Integral, não supondo qualquer ruptura com a estrutura vigente de produção dos serviços de saúde.

Os problemas decorrentes da separação entre Saúde Pública e assistência médica, identificados na sociedade americana, e a tentativa de sua superação, através de propostas reformadoras como a Medicina Preventiva/Medicina Integral, foram transferidos para os países da América Latina quando da difusão do movimento preventivista, apesar do diferente papel exercido pelo Estado, relativamente ao setor privado, nesses países. Como foi apontado por AROUCA (1975), *"o discurso preventivista representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só seus intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar estas novas realidades, transplantando não só a problemática, como a forma de pensá-la e de resolvê-la"*.

¹⁴Sobre a noção de contato, ver AROUCA, 1975.

Mas, diante da forte presença estatal no controle das ações de saúde na América Latina, sobretudo através dos sistemas previdenciários, a Medicina Preventiva, tendencialmente, afastou-se de suas origens, como projeto da sociedade civil, *"para aproximar-se do Estado em sua dimensão tecnocrática"*. (AROUCA,1975).

Os Seminários Internacionais da década de 50 representaram um significativo impulso ao movimento preventivista na América Latina, propiciando a delimitação de seu espaço institucional no interior da escola médica e estimulando a criação dos departamentos de Medicina Preventiva.

Em seu estudo sobre a educação médica na América Latina, GARCÍA (1972) encontrou que, em 1967, todas as escolas médicas da região tinham em sua estrutura uma unidade encarregada do ensino dos aspectos preventivos e sociais; em sua grande maioria (79%), as escolas com curso completo ensinavam as disciplinas relacionadas à Medicina Preventiva¹⁵ em dois ou mais anos do curso médico, além do crescimento considerável na carga horária dedicada a estas matérias, desde a realização dos Seminários da OPS.

No caso particular das práticas de ensino em serviço, as recomendações para que se introduzissem programas extramuros, isto é, fora do espaço hospitalar, realizados na família ou na comunidade, foram também seguidas pelas escolas médicas latinoamericanas, de tal modo que, em 1967/68, 45% delas desenvolviam programas extramurais, sobretudo de medicina familiar. (GARCÍA,1972).

Com relação a estas atividades, GARCÍA(1972) assinalava: *"Aunque los Seminarios de Viña del Mar y Tehuacán también recomendaron la participación del estudiante en los servicios locales de salud, este tipo de actividad extramural no ha tenido la misma acogida que el programa de medicina familiar"* e, ainda, *"No se encuentra en las escuelas con curso completo lo que pareciera ser una nueva tendencia en el enfoque de los programas extramurales: la experimentación de modelos de atención médica en un área definida bajo la responsabilidad de la escuela de medicina"*.

¹⁵Eram elas: Medicina quantitativa, Epidemiologia, Ciências da conduta, Organização e administração de serviços de saúde e Medidas preventivas.

A Organização Panamericana da Saúde patrocinou, ainda, duas reuniões do Comitê de Especialistas sobre o ensino da Medicina Preventiva e Social na América Latina. Na primeira delas, realizada em Washington, em novembro de 1968, foram reafirmados os princípios e as recomendações dos Seminários da década de 50, detalhando-se os objetivos e conteúdos programáticos das várias disciplinas da área.

Na segunda reunião, contudo, realizada em setembro de 1974, as opiniões quanto à avaliação do ensino da Medicina Preventiva e as causas pelas quais não se alcançaram muitos dos objetivos anteriormente propostos dividiram-se, resultando em um documento final de caráter crítico, em que se afirmava: *"Las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas de salud, y especialmente de la atención médica, a través de la formación de un profesional capacitado para producir estos cambios, no lograron concretarse; en cambio, se produjo en forma correlativa, la incorporación aislada de servicios de medicina preventiva dentro de algunos programas de atención médica hospitalaria"*. (OPS,1975).

As relações de determinação entre a educação e a prática médicas foram retomadas e revistas, passando a atribuir-se à estrutura de atenção médica uma ação dominante sobre o processo de formação profissional, mediada pelo mercado de trabalho e pelas condições em que a prática médica se realiza. Apontou-se, então, para a constituição de um novo objeto para a Medicina Preventiva, que compreendesse o estudo da intervenção médica, do seu saber e da organização de suas práticas nas sociedades concretas, aproximando-a, assim, do campo da Medicina Social. (SILVA,1973).

Neste ponto, assim expressou-se o Comitê: *"Anteriormente la preocupación radicaba en preparar un médico que estuviera capacitado para "ver" al enfermo en forma integral(...). Ahora se trata de que la medicina social estudie las instituciones que proporcionan atención de salud y los esquemas de acción médica que de ellas resultan.(...) Además, se cuestiona que el médico es un agente de cambio, lo que implicaría limitar la investigación y enseñanza de la medicina preventiva, un objetivo que en realidad es la responsabilidad de toda*

la institución formadora, de la estructura de la práctica médica y del sistema social".
(OPS,1975).

Enfatizou-se, ainda, que a área de Medicina Social utilizasse como campo de prática e investigação um sistema regionalizado de serviços de saúde, de tal maneira que os programas docentes se inserissem como parte dos serviços, sob responsabilidade destes e da instituição de ensino, apesar de se reconhecerem as dificuldades para esta regionalização e integração, diante da realidade dos sistemas de saúde latinoamericanos.

O movimento internacional de difusão das idéias da Medicina Preventiva repercutiu também, da mesma forma que nos demais países da América Latina, no desenvolvimento da educação médica brasileira. Esta influência, exercida, sobretudo, através do espaço institucional representado pelos departamentos de Medicina Preventiva, será retomada para o conjunto das escolas médicas do país e, em particular, do Estado de São Paulo, após delimitarmos os demais projetos de reforma que a ele se seguiram e que, igualmente, buscaram na educação médica a mediação necessária para alcançar mudanças na prática médica.

3.2. A MEDICINA COMUNITÁRIA

A Medicina Comunitária constituiu-se em um projeto de reforma médica cuja proposta central referia-se à prestação de serviços de saúde à população, envolvendo a busca e a experimentação de novos modelos assistenciais, dirigidos, particularmente, àqueles grupos sociais com pequeno ou nenhum acesso ao consumo de cuidados médicos.

Tendo surgido nos EUA na década de 60, num período de agravamento das tensões sociais relacionadas à situação das minorias, a proposta da Medicina Comunitária inseriu-se no processo de reorientação que o Estado americano imprimiu às políticas sociais. A intervenção passou a ser dirigida, estrategicamente, para a implementação de programas comunitários, envolvendo múltiplas ações - nas áreas de educação e profissionalização,

saúde, etc. - voltadas para a promoção dos membros da comunidade e conduzidas com sua participação, objetivando alcançar a eliminação da pobreza¹⁶.

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

O conflito ante a necessidade de se ampliar o acesso aos cuidados médicos àqueles grupos sociais sem capacidade de compra direta destes serviços e o caráter altamente oneroso do modelo assistencial hegemônico encontrou, no projeto da Medicina Comunitária, uma estratégia que permitiria viabilizar a extensão de cobertura e, ao mesmo tempo, manter inalterada a estrutura dominante de atenção médica. (GARCÍA,1977).

Incorporando proposições presentes nos projetos anteriores de reforma, a Medicina Comunitária procurou a conformação de modelos de prestação de serviços que superassem a divisão existente, entre as ações de Saúde Pública e de assistência médica, e que considerassem a dimensão social, não só dos problemas de saúde mas, também, do papel a ser assumido pela prática médica no interior da comunidade.

Contudo, a Medicina Comunitária partia de uma nova compreensão quanto à natureza das mudanças que deveriam ocorrer na prática médica, de modo a torná-la mais adequada à demanda por serviços de saúde. É assim que, diferentemente das propostas da Medicina Preventiva e da Medicina Integral, este novo projeto *"localiza os elementos responsáveis pela inadequação, não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos. Por essa via dirige-se não apenas para a reformulação do ato médico, mas para uma nova articulação do conjunto de agências e práticas que compõem o campo da*

¹⁶As condições de emergência da Medicina Comunitária na sociedade americana e os elementos estratégicos contidos neste projeto de reforma foram analisados por DONNANGELO em sua tese de livre-docência, que se constituiu na principal referência para a reflexão que aqui se realiza a respeito da Medicina Comunitária. (1979).

atenção à saúde. O princípio da medicina integral deve continuar a orientar a prática, mas as estratégias se deslocam do ato médico individual e do médico como agente privilegiado da recomposição, para a busca de novos modelos de organização cujo alvo seja a coletividade". (DONNANGELO & PEREIRA,1979).

Os elementos estratégicos básicos, constituintes da proposta da Medicina Comunitária, eram representados pela simplificação tecnológica das práticas de saúde, pela utilização de pessoal local para atuarem como trabalhadores nos programas de saúde e pelo seu caráter de prática comunitária, o que, para DONNANGELO (1979), viria a se desdobrar em três momentos: *"Indica um espaço de delimitação geográfica para a prática, que se refere tanto à localização dos elementos a serem trabalhados, quanto à externalidade com relação ao hospital.(...) Reflete a identificação entre comunidade e sociedade local, com a correspondente ênfase na identidade social e de interesses.(...) Sugere uma forma de mobilização grupal em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos"*.

A estratégia da participação comunitária presente na proposta deste movimento foi objeto de análise em diversos trabalhos, que abordaram as formas de se lidar com os conflitos inerentes a esta participação ou que se centraram na crítica à dimensão de controle social das práticas comunitárias, propondo um novo enfoque teórico, capaz de explicar a marginalidade social e orientar a prática política dos grupos sociais. (GORDON,1969; PESES,1978; NORONHA & TRAVASSOS,1981).

Centrando sua intervenção reformadora numa proposta que ultrapassava o ato médico individual e dirigia-se, principalmente, para a reorganização da prestação de serviços de saúde, o projeto da Medicina Comunitária não atribuía um caráter estratégico central à atuação do profissional médico, considerando-o como um dos componentes da equipe de saúde, de preferência com formação generalista e apto para delegar funções mais simples ao pessoal auxiliar. Sendo assim, a escola médica não representaria o local único ou privilegiado para a implementação de mudanças, mas se constituía em um dos espaços institucionais a contribuir na formulação e implantação de novos modelos assistenciais, esperando-se que, também, viesse a assumir mais diretamente a prestação de serviços à comunidade. (DONNANGELO & PEREIRA,1979).

A questão da utilização da comunidade na educação médica foi objeto de intenso debate nas décadas de 60 e 70, não só nos EUA como, também, na América Latina, para onde a Medicina Comunitária difundiu-se, através da ação de vários organismos internacionais (OPS, FEPAFEM) e fundações privadas (F. Kellogg e Milbank, entre outras).

Um dos momentos deste debate foi representado pelo seminário que se realizou no Brasil, em junho de 1970, sob o patrocínio da Fundação Milbank, e que consistiu na visita a áreas selecionadas do país, onde vinham se desenvolvendo programas de Medicina Comunitária - Sobradinho (Universidade de Brasília), Paulínia (Universidade de Campinas) e Cássia dos Coqueiros (Universidade de São Paulo) - e na reflexão sobre o suporte conceitual e técnico destas experiências.

A publicação que resultou das discussões do seminário colocou justificativas para o uso da comunidade no ensino médico como subordinadas a objetivos de ordem educacional e àqueles ligados ao desenvolvimento da própria comunidade. Quanto aos primeiros, considerou-se, entre outras razões, que os programas de Medicina Comunitária contribuiriam para que os alunos saíssem do hospital e conhecessem o meio onde vivem o paciente e sua família, aumentando a compreensão do processo saúde-doença, da interação de fatores do hospedeiro e do ambiente e da variabilidade na percepção da doença e na utilização de recursos médicos, facilitando a aquisição de atitudes preventivas, capacitando para o diagnóstico dos principais problemas de saúde da comunidade e preparando para o trabalho em equipe, dentro de um sistema de saúde. (KAPLAN & TERUEL, 1972).

Os objetivos relacionados ao desenvolvimento da comunidade incluíam a melhora de suas condições de saúde - conseqüente à ampliação do número de pessoas recebendo cuidados médicos diretos e ao maior acesso às informações sobre os cuidados à saúde - e o estímulo à participação dos indivíduos na solução de seus problemas comuns, contribuindo para aumentar o grau de coesão da comunidade. (KAPLAN & TERUEL, 1972).

Mas, um dos principais instrumentos de difusão das idéias da Medicina Comunitária para as escolas médicas da América Latina, foi o Programa Continental de Ensino de Medicina da Comunidade, desenvolvido pela Federação Panamericana de

Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM), com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg. Gestado a partir de 1966, quando da 2ª Conferência Panamericana de Educação Médica, realizada em Bogotá, assentava-se na convicção de que *"la educación médica no es (...) simplemente (...) un sistema pedagógico para producir profesionales médicos, sino (...) un poderoso mecanismo de desarrollo económico-social, porque crea mejores condiciones de bienestar y aumenta la productividad de un país"*. (CEITLIN, 1978).

Incorporando os principais elementos estratégicos constituintes do projeto da Medicina Comunitária, às proposições pedagógicas acrescentava a recomendação de que *"el interés social en aumentar la cobertura y bajar los costos de los servicios de salud hace necesario un enfoque de conjunto de la formación de personal de salud de varios niveles, con amplia delegación y adecuada supervisión en el equipo de salud. Por eso, los programas de medicina comunitaria deben tener carácter multidisciplinario, y incluir personal profesional, técnico y auxiliar, y a los miembros de la comunidad, trabajando en íntima armonía"*. (CEITLIN, 1978).

A FEPAFEM ambicionava, através deste Programa, que as universidades desenvolvessem modelos administrativos de trabalho em saúde com a comunidade capazes de ser reproduzidos e, pela sua multiplicação, viessem a contribuir para impulsionar mudanças na preparação de pessoal de saúde nos diversos países.

O Programa da FEPAFEM/Kellogg envolveu a implementação de onze projetos locais¹⁷ que pretendiam comprometer o conjunto da escola médica, especialmente os departamentos clínicos e, sempre que possível, outras faculdades de profissões da saúde, na realização de ensino, investigação e assistência na rede de serviços, resultando em mudanças curriculares que formassem profissionais aptos a atuar em sistemas de atenção integral. (FEPAFEM, 1973).

¹⁷Projeto da Universidad de Panamá (Panamá), da Un. del Valle (Colombia), da Un. de los Andes (Venezuela), da Un. de las Indias Occidentales (Jamaica), da Un. del Ecuador (Ecuador), da Un. de San Carlos (Guatemala), da Un. de Guadalajara (Mexico), da Un. de San Agustín (Peru), da Un. Mayor de San Simón (Bolívia), da Un. de Nova Iorque (EUA) e da Un. de Campinas (Brasil).

Durante seu período de desenvolvimento, de julho de 1972 a julho de 1977, o Programa de Ensino de Medicina da Comunidade, através dos projetos nacionais e das atividades de intercâmbio - seminários, conferências sobre educação médica, visitas, cursos internacionais para docentes, etc. - funcionou como um instrumento de difusão de idéias da Medicina Comunitária para os países da América Latina, numa estratégia de articulação, sobretudo com os centros universitários, tentando, assim, enraizá-la a partir de sua redefinição como projeto pedagógico.

No contexto brasileiro, a Medicina Comunitária surgiu, num primeiro momento, através da influência dos organismos internacionais que, como vimos, veicularam o projeto para as escolas médicas latinoamericanas. Assim, médicos e professores brasileiros participaram ativamente de encontros internacionais, reflexões teóricas e experiências concretas na área da Medicina Comunitária, muitas vezes ocupando postos-chave para sua implementação, como ocorreu no caso do Programa de Ensino de Medicina da Comunidade¹⁸.

O movimento da Medicina Comunitária teve, também, um momento de intenso debate durante o seminário realizado na Faculdade de Medicina da USP, em maio de 1977, organizado pelo departamento de Medicina Preventiva e pela disciplina de Pediatria, com patrocínio da Fundação Kellogg, e que envolveu mais de uma centena de profissionais dos setores saúde e educação. Reafirmando o caráter dominante de busca da extensão da cobertura dos serviços de saúde assumido pelo projeto da Medicina Comunitária na América Latina, os participantes avaliaram as experiências em andamento como tendo, principalmente, um caráter demonstrativo e pedagógico, pouco integradas ao sistema de saúde, além de sua tendência em abandonar os componentes da proposta capazes de gerar conflitos, como era o caso da participação comunitária.

¹⁸À época do início da formulação deste Programa, era diretor executivo associado da FEPAFEM o prof. Mário Chaves que, em janeiro de 1972, passou a diretor de programas regionais para a América Latina da F. Kellogg, assumindo como novo diretor executivo da FEPAFEM o prof. Aloísio Amâncio e, mais tarde, como presidente da FEPAFEM, o dr. Aloísio de Sales Fonseca.

Consideraram, também, que, mesmo representando *"um processo de acomodações no setor saúde capaz, em princípio, até mesmo de atuar como elemento de sustentação do modelo vigente na área"*, o projeto da Medicina Comunitária poderia abrir um campo de possibilidades que permitiria *"a obtenção de efeitos parciais imediatos na organização dos serviços, tais como a efetiva extensão de cobertura, a racionalização dos serviços e o aumento de recursos humanos no setor"*. Ao lado disso, uma melhor definição e implementação da proposta de participação comunitária foi considerada como via indispensável para se alcançar *"uma nova forma de inserção dos serviços de saúde no movimento mais amplo das práticas sociais"*. (FMUSP,1977).

Além do debate travado no âmbito acadêmico, a proposta da Medicina Comunitária apareceria também, já na segunda metade dos anos 70, fazendo parte do discurso governamental para a área da saúde, incorporada ao rol de proposições alternativas para a crise financeira e política em que se encontrava o modelo previdenciário.

A esta crise do modelo dominante de prestação de serviços de saúde, analisada na primeira parte deste trabalho, aliou-se o crescimento do processo de discussão e reivindicação dos setores populares mais organizados, especialmente manifesta na área da saúde, gerando a necessidade de expansão do atendimento no setor. (CORDONI, 1979). Diante da impossibilidade de realizar a extensão de cuidados à saúde, àqueles contingentes dele excluídos, seguindo o modelo previdenciário, de altos custos porque centrado, sobretudo, na compra de serviços a terceiros, a política governamental voltou-se para modelos alternativos, que pudessem garantir a ampliação da oferta de serviços com um mínimo de recursos¹⁹.

Neste contexto, as proposições contidas no projeto da Medicina Comunitária foram apropriadas pela política de saúde, não de forma a se contrapor ao modelo dominante, mas dirigidas aos contingentes excluídos da assistência previdenciária, fazendo parte do espaço institucional da Saúde Pública e implementadas através do Ministério da Saúde.

¹⁹A questão da extensão de cobertura foi tratada na II Reunião Especial dos Ministros da Saúde dos países americanos, realizada no Chile, em 1972, e recomendada no "Plan Decenal de Salud para las Américas". (OPS, 1973).

Entre os principais traços a marcar esta nova estratégia, estavam: a *simplificação do cuidado*, com a utilização de profissionais médicos não especializados e de auxiliares com baixa qualificação (atendentes recrutados nas próprias comunidades), aliada ao menor consumo de exames e medicamentos, dentro da perspectiva de uma tecnologia apropriada aos problemas de saúde mais prevalentes na população de baixa renda, considerados de menor complexidade; a *ênfase no atendimento de nível primário*, voltado para as doenças mais frequentes, sobretudo transmissíveis; e a organização das unidades de saúde nos moldes da *regionalização e hierarquização* e sob o encargo do setor público.

Um exemplo desta reorientação política do Ministério da Saúde, no sentido da extensão de cobertura das atividades de saúde nos moldes de uma Medicina de Comunidade "simplificada", foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado a partir de 1976, principalmente na região nordeste do país, onde foi responsável pela expansão do número de unidades básicas de saúde - atuando em assistência médica, suplementação alimentar e saneamento básico - mas, ainda assim, marcado pela baixa cobertura e capacidade resolutiva de suas ações.

Veiculados pelos organismos internacionais e incorporados à política governamental para a área da saúde, os princípios e estratégias da Medicina Comunitária passariam a balizar inúmeros projetos, envolvendo os governos estaduais, prefeituras e universidades²⁰, constituindo-se em espaço de experimentação, tanto de modelos assistenciais, quanto de ensino em serviço²¹.

²⁰O envolvimento das escolas médicas nos programas de Medicina Comunitária intensificou-se em meados dos anos 70, como resposta à necessidade de ampliação de seus espaços de treinamento, expressa nas recomendações da política setorial.

²¹Entre outros, assinalem-se os Projetos de Montes Claros (MG), de Londrina (PR) e do Vale do Ribeira (SP). Inscreveram-se, também, nesta perspectiva, os Centros Demonstrativos de Serviços de Saúde com Participação Comunitária (CEDESSPAC), iniciativa do Ministério da Saúde e da OPS, com a finalidade de desenvolver conceitos, técnicas e métodos de trabalho em saúde com participação da comunidade e servir como áreas de treinamento para pessoal de saúde.

3.3. A INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Entre os projetos que procuraram introduzir mudanças na prática médica, envolvendo, para isso, a mediação da educação médica, insere-se a proposta de Integração Docente-Assistencial (IDA), que se constituiu num movimento de aproximação entre as instituições de ensino e as de prestação de serviços de saúde, com o intuito de articulá-las num mesmo campo de práticas e, com isto, alcançar objetivos comuns a ambos os setores.

Considerando-se as relações históricas entre a educação e a prática médicas (SCHRAIBER,1980; GARCÍA,1972) e a dominância progressiva do hospital como local privilegiado para o desenvolvimento das práticas docentes, as sucessivas reformas iniciadas com o movimento preventivista tentaram romper com essa hegemonia e ampliar o treinamento médico para o espaço extramural, seja na esfera da família ou da comunidade.

A característica inovadora destas propostas não impediu, contudo, que elas gerassem experiências de ensino muitas vezes apenas pontuais, episódicas, relativamente ao conjunto da formação médica, e de caráter ainda circunscrito, por referência a suas relações com o sistema de saúde, baseadas principalmente na noção de "contato" do estudante com o meio onde vivia o paciente, ou desenvolvidas na comunidade entendida como "laboratório" para o ensino.

Nesta perspectiva, a Integração Docente-Assistencial, enquanto projeto pedagógico, propunha a superação daqueles modelos, através da inserção da educação médica na estrutura dos serviços de saúde, ampliando o espaço de treinamento e supondo o estabelecimento de novas relações entre as áreas de saúde e educação.

Em sua análise sobre a IDA, CAMPOS (1980) considerou-a uma reatualização da proposta preventivista, que passaria da esfera de movimento da sociedade civil, para ser assumida como política governamental, articulando as mudanças necessárias dos setores saúde e educação. Enquanto a Medicina Preventiva trabalhava com os conceitos de saúde e doença, organizando-os espacial e temporalmente no modelo da História Natural da Doença, a proposta da IDA partia da questão das necessidades de saúde, preocupando-se

com a organização da resposta a essas necessidades e centrando, assim, sua ênfase no cuidado à saúde.

A noção de cuidado e sua variável complexidade tecnológica orientariam a conformação de uma rede hierarquizada de serviços e exigiriam, para sua maior efetividade, uma adequada capacitação profissional. A convergência dos objetivos de preparação de pessoal e de prestação de cuidado à saúde impunha uma estratégia que avançasse, da busca da integração entre disciplinas e departamentos da escola médica, para aquela dirigida ao sistema de saúde e em que as experiências extramuros evoluíssem de um *contato* pontual, para uma prática inserida nos serviços, uma *vivência* capaz de gerar mudanças na prestação de serviços de saúde e na educação médica. (CAMPOS,1980).

Surgindo nos EUA no início da década de 70, este novo movimento de reforma constituiu uma tentativa de responder à crise do setor saúde, identificada pelo aumento da pressão por acesso universal aos cuidados médicos, pelo crescimento dos custos da assistência e pela escassez e inadequação dos recursos humanos necessários em saúde²².

A necessidade de sintonizar a preparação de pessoal, aos requerimentos provenientes da área da saúde, já de longa data presente no discurso do setor educacional, assumiu, então, significado estratégico, diante da nova racionalidade que iria orientar a prestação de cuidado à saúde, com vistas à expansão da cobertura dos serviços.

Expressa como meta comum a ser alcançada pelos países americanos desde 1972 (OPS,1973), a extensão de cobertura passou a ser buscada através dos planos da política de saúde, que incluíam a difusão das estratégias consideradas necessárias para atingir este objetivo, tais como os cuidados primários de saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária. (OPS,1977).

O modelo assistencial de cunho racionalizador, subjacente às propostas de extensão de cobertura, supunha a disponibilidade de recursos humanos adequados àquelas estratégias, sobretudo à atenção primária - como médicos com formação generalista e maior

²²O documento que trata dos determinantes desta crise nos EUA e das propostas para sua superação - "Higher Education and the Nation's Health", elaborado pela Carnegie Commission on Higher Education - foi objeto de análise em RODRIGUES NETO, 1979.

número de agentes de saúde - e, em vista disso, crescia em importância a necessidade de inserir o ensino e a preparação de pessoal de saúde na realidade dos serviços. Nesta perspectiva, é que as propostas de IDA se articularam com a política de saúde e passaram a conter um significado estratégico para os programas de extensão de cobertura. (TERUEL, 1976).

Inúmeras experiências de Integração Docente-Assistencial foram desenvolvidas na América Latina, tendo contribuído para sua difusão, da mesma forma como ocorreu com o movimento da Medicina Comunitária, várias agências internacionais, como a OPAS, a FEPAFEM e a Fundação Kellogg²³.

No início dos anos 80, estes três organismos conduziram o Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (PROAIDA), que se constituiu em um estudo de projetos de educação médica, que estavam em desenvolvimento na América Latina desde os anos 70 e que tinham como propósito comum a busca de uma relação mais estreita entre a educação médica e os serviços de saúde, fundamentalmente no nível primário de atenção. O Programa identificou um conjunto de trinta e cinco experiências desta natureza, sendo que vinte e sete delas foram analisadas, das quais dezenove no Brasil.

Aqui ocorreu, também, o 1º Seminário Nacional do PROAIDA, em dezembro de 1982, no qual se apontaram divergências em vários aspectos da relação entre as instituições de ensino e de serviço, propondo-se, entre outras recomendações, a criação de mecanismos de coordenação interinstitucional e o fortalecimento dos convênios. Como um dos resultados desta reunião, a Associação Brasileira de Educação Médica divulgou uma carta, onde reivindicava a incorporação do Programa Docente- Assistencial do MEC pelos sistemas de educação e saúde e o apoio à implementação das mudanças na assistência médica contidas no Plano do CONASP, além da proposta de que se constituíssem distritos docente- assistenciais onde este Plano fosse sendo implantado. (ABEM,1983).

²³A FEPAFEM, segundo sua própria avaliação, assumiu um papel de liderança na promoção do conceito de IDA, organizando, juntamente com a Federação Mundial de Educação Médica e a OPS/OMS, o Seminário Panamericano sobre Educação Médica e Atenção à Saúde, na Venezuela, em 1979. (CHAVES, 1984).

Da análise final dos vinte e sete projetos, realizada pelo PROAIDA, salientamos as seguintes observações (FEPAFEM,1983):

- a IDA representa uma saída concreta para a crise do setor saúde ao propor modelos de práticas educacionais em serviços de saúde já existentes;
- ela propõe uma efetiva racionalização do uso dos recursos, fator importante na situação de crise econômica;
- ao utilizar mais adequadamente o pessoal auxiliar, através da delegação de funções, promove-se um aumento da capacidade resolutive e da cobertura dos serviços de saúde;
- há uma tendência ao uso das estruturas mais simples para a atenção à saúde, desmistificando a exclusividade do cuidado hospitalar;
- entre as debilidades, apontou-se para o desenvolvimento insuficiente do modelo de prática docente em serviço, para a fragilidade das estruturas organizacionais dos programas, que se mantém muito dependentes dos recursos externos, e para o fato da IDA, geralmente desenvolvida por iniciativa de um departamento, ser considerada uma atividade marginal relativamente ao conjunto das iniciativas da escola médica;
- entre as oportunidades para a implantação das propostas de IDA assinalou-se a existência de grande número de escolas médicas sem recursos para prover ensino em serviços próprios, obrigando a busca de fórmulas alternativas para o ensino na estrutura vigente de serviços de saúde.

No Brasil, as propostas de Integração Docente- Assistencial foram incorporadas pelas políticas setoriais governamentais da década de 70. A política de saúde, em sua tentativa de extensão da cobertura dos serviços, passou a dar crescente ênfase à questão dos recursos humanos, de tal modo que, em julho de 1974, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho interministerial sobre o tema, com participação também da OPS.

Em sua avaliação final, o grupo propôs, como uma das áreas estratégicas para o equacionamento do problema dos recursos humanos em saúde, aquela da preparação de pessoal dentro da realidade do sistema de saúde, considerando a IDA *"como requisito para que o setor disponha de mão-de-obra mais adequada"*. (BRASIL/Ministério da Saúde,1974).

Nesta perspectiva, em 1975, um acordo entre o Ministério da Saúde, o MEC e a OPAS criou o Programa de Preparação de Pessoal para a Saúde (PPREPS), cujo componente de IDA passou a fazer parte da rede de Núcleos de Investigación y Desarrollo en Salud (NIDES), do Programa Latino Americano de Desarrollo Educacional en Salud (PLADES), desenvolvido pela OPAS com financiamento da F. Kellogg. No ano seguinte, foi organizado em Brasília um Seminário sobre Integração Docente-Assistencial, em que se assinalou a importância de que, através da IDA, se promovesse a racionalização de recursos no ensino, na investigação e na assistência. (RODRIGUES NETO,1979).

A incorporação das propostas de integração verificou-se, também, na política educacional, em especial no campo do ensino médico. Desde o primeiro documento da Comissão de Ensino do MEC, produzido em 1972, já assinalava-se, mesmo que timidamente, que a preparação do médico deveria ser realizada nos diversos órgãos do sistema de saúde e em todos os níveis de atenção.

O segundo documento, de 1974, diante do problema do crescente número de alunos nas escolas médicas e da insuficiência de leitos didáticos, associado aos problemas de financiamento dos hospitais de ensino, abordou especificamente a relação da educação médica com as instituições de saúde, recomendando a utilização do conjunto da estrutura hospitalar existente, sobretudo os próprios da Previdência Social, e também as unidades sanitárias, para suprir aquelas carências.

A partir do final da década de 70, a política educacional para a área médica iniciou um movimento de aproximação com os processos reformadores que foram se sucedendo no setor saúde e, pelo menos no discurso oficial, buscou responder às demandas que foram sendo colocadas para a área de formação de pessoal. É assim que, em 1981, e sob

influência também da política de desenvolvimento de recursos humanos da OPS²⁴, o MEC criou o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA). Este programa, além dos objetivos docentes, pretendia *"apoiar as iniciativas governamentais no setor saúde que (viesses) a propiciar o desenvolvimento de sistemas regionalizados e hierarquizados, estimulando a criação de Distritos Docente Assistenciais"*. (BRASIL/MEC/SESu,1981).

Inúmeros projetos, concebidos primariamente dentro dos princípios da IDA ou reorientados para ela, foram implantados em todo o país nos anos 70 e 80, conformando um amplo gradiente de articulações entre instituições de ensino e serviços de saúde, projetos estes que foram objeto de descrição e análise em diversos trabalhos. (BARBOSA et al.,1977; CAMPOS,1980; OLIVEIRA & ALMEIDA FILHO,1980; ABEM,1981; MENDES,1984).

Os movimentos delimitados até aqui constituíram-se nos principais projetos de reforma médica que, no período em estudo, exerceram influência sobre a educação médica no que concerne à relação ensino-serviço. Outros movimentos, como os de formação do **médico de família** e do **médico generalista**, estiveram também presentes no debate sobre ensino médico no país, na década de 70, particularmente quando o foco da discussão referia-se ao perfil do profissional a ser formado. Suas concepções, todavia, assentavam-se em conceitos já elaborados pelos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral, atualizando as críticas à excessiva especialização, tecnificação e hospitalocentrismo do modelo dominante de atenção médica e retomando propostas, como o cuidado integral e a ênfase na família como centro deste cuidado, presentes naqueles projetos.

Da mesma forma que os movimentos precedentes, as novas propostas tentaram conquistar o espaço acadêmico como estratégia para sua difusão, sem, contudo, alcançar ser efetivamente incorporadas e produzir mudanças pedagógicas consistentes²⁵.

²⁴Em 1979, foi renovado o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, referente ao Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

²⁵No Brasil, cabe registrar a realização de dois seminários relativos a estas propostas - um primeiro em Petrópolis, em maio de 1973, sobre a formação do médico de família (patrocinado pela OMS e ABEM) e outro em Campinas, em maio de 1978, sobre a formação do médico generalista (organizado pela ABEM) - , além da institucionalização da Residência Médica na área, sob a denominação de Residência em Medicina Geral Comunitária, em 1981.

No que diz respeito a suas proposições para a questão dos serviços, o movimento de preparação do médico generalista ou de família apoiava-se no conceito estratégico da atenção primária à saúde. Este nível de atendimento, considerado fundamental para a universalização do cuidado à saúde, estaria a cargo de agentes com graus diferentes de capacitação, segundo as possibilidades e os recursos de cada país: enquanto nos países subdesenvolvidos, com poucos recursos humanos capacitados, os auxiliares de saúde e o pessoal treinado da própria comunidade representariam os principais elementos da equipe de saúde, nos países desenvolvidos far-se-ia necessária a presença do médico geral ou de família (CEITLIN,1982), a tal ponto da Medicina Familiar ser considerada "*o movimento dos cuidados primários de saúde visto da ótica dos países industrializados*". (CHAVES,1982).

Sem conseguir avançar com relação às concepções e práticas anteriormente propostas, o movimento da Medicina Familiar foi assim avaliado por PAIM (1985): "*enquanto movimento de reforma médica, apresenta-se empobrecido conceitualmente quando comparado com outros movimentos que o precederam, tais como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária. As perspectivas de mudança por ele evocadas conseguem ser mais parciais e incompletas que as propostas pela Medicina Comunitária*".

A partir do final dos anos 70, observou-se um refluxo no surgimento de proposições de reforma da prática médica ancoradas em mudanças na educação médica, ao mesmo tempo em que se evidencia uma maior preocupação com a totalidade da formação de pessoal para o setor saúde, em resposta aos requerimentos colocados pela política de saúde, para onde passavam a convergir as novas propostas de mudança envolvendo o conjunto da organização sanitária do país.

3.4. A INFLUÊNCIA DOS MOVIMENTOS DE REFORMA SOBRE AS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS

Os sucessivos movimentos de reforma médica, surgidos a partir dos anos 50 e difundidos para os países da América Latina, repercutiram, em maior ou menor grau, no interior das escolas médicas brasileiras, reorientando conteúdos e práticas de ensino. Pelo fato desta influência ter se exercido, sobretudo, pela mediação dos departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social, será através do processo de aproximação destes departamentos aos modelos gerados pelas diferentes propostas de reforma, que procuraremos apreender aquela influência, tanto para o país, como para o Estado de São Paulo.

3.4.1. Os Departamentos de Medicina Preventiva / Social das Escolas Médicas Brasileiras

Os Seminários Internacionais sobre o ensino da Medicina Preventiva, realizados nos anos 50, inspiraram a criação dos primeiros departamentos de Medicina Preventiva do país, que passaram a reproduzir as pautas disciplinares e as estratégias de intervenção recomendadas naquelas reuniões, especialmente as voltadas para a integração interdisciplinar, objetivando promover transformações que atingissem o conjunto da escola médica.

A partir dos anos 70, as releituras que o movimento preventivista foi sofrendo, aproximando-o das questões relativas à organização da atenção médica, algumas vezes dentro de uma orientação racionalizadora, voltaram a influenciar a trajetória dos departamentos de Medicina Preventiva/Social, só que agora não somente através dos organismos internacionais mas, em parte, já incorporadas à política governamental para a educação médica.

Assim, as mudanças introduzidas pela Reforma Universitária de 1968, principalmente a departamentalização e o estabelecimento do currículo mínimo de

graduação - que, no caso do curso médico, incluía a exigência do estudo das disciplinas da Saúde Coletiva -constituíram-se em elementos formais determinantes para o expressivo crescimento do número de departamentos de Medicina Preventiva no país, a partir do final da década de 60.

As diretrizes para a educação médica que se seguiram à Reforma Universitária assumiram uma perspectiva reguladora e normatizadora mas, sobretudo, buscaram uma nova estratégia para o ensino médico, que o aproximasse dos serviços de saúde - de forma a ampliar os espaços de treinamento e, também, o financiamento dos hospitais de ensino - e, ao mesmo tempo, fosse ao encontro da exigência crescente de recursos humanos adequados ao processo de reorganização do setor saúde e à extensão da cobertura dos serviços.

A influência destes determinantes, provenientes das políticas governamentais de saúde e educação, sobre a forma como se desenvolveu o projeto preventivista no interior das escolas médicas brasileiras, foi objeto de uma pesquisa realizada pelo Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES), da Fundação Oswaldo Cruz, no ano de 1976, envolvendo setenta e quatro escolas e setenta e três departamentos de Medicina Preventiva de todo país. (PESES, 1977)

Neste estudo, reafirmou-se o papel central exercido pela Reforma Universitária na definição da forma como ocorreu a penetração e a difusão da Medicina Preventiva no conjunto das escolas e que passou, fundamentalmente, pelo processo de institucionalização do modelo preventivista e sua incorporação pelo programa governamental de reforma do ensino médico²⁶.

A análise assentou-se na definição dos grandes modelos que caracterizariam a forma de realização da Medicina Preventiva no âmbito das escolas médicas (PESES, 1977):

- o modelo *liberal*, onde há a presença de um departamento de Medicina Preventiva cuja pauta curricular baseia-se nas recomendações do Seminário de Viña del Mar, com uma estratégia de integração vertical (disciplinas em três ou mais séries do curso) e horizontal

²⁶A grande maioria dos departamentos de Medicina Preventiva, com suas várias denominações, surgiu a partir de 1966 (cerca de 80%), tendência esta mais marcada para as escolas privadas e públicas não federais. (PESES, 1977).

(articulação com disciplinas clínicas), e um campo de práticas representado pelos programas de comunidade experimentais e com finalidade exclusivamente docente;

- o modelo *racionalizador*, em que há departamento de Medicina Preventiva ou unidades semelhantes, pauta curricular dirigida para a administração em saúde e técnicas de diagnóstico de saúde da coletividade, uma estratégia de integração não mais intraescolar, mas voltada para as demais carreiras da saúde e centrada no conceito de integração docente- assistencial, com práticas de comunidade na rede oficial de serviços e ênfase na prestação de assistência;
- o modelo *mínimo-legal*, onde há departamento de Medicina Preventiva criado a partir das determinações do Currículo Mínimo do MEC e em que não se desenvolve qualquer programa prático de comunidade.

Utilizando um esquema que representaria a distribuição dos departamentos de Medicina Preventiva, face a sua construção teórica e realização prática, tendo por referência os modelos anteriormente definidos, o estudo do PESES encontrou 22% dos departamentos ligados ao modelo *liberal*, metade dos quais correspondendo a "*departamentos antigos, pioneiros na aplicação dos postulados preventivistas e que se constituem em modelos para os outros 11% que estão em faculdades de mais recente criação*". (PESES,1977).

Aproximadamente 30% dos departamentos situavam-se no modelo definido como *racionalizador*, desenvolvendo práticas comunitárias em convênios com órgãos públicos de saúde, mas somente 4% representando experiências de integração docente-assistencial, que implicavam em expansão da cobertura dos serviços. Finalmente, 47% dos Departamentos de Medicina Preventiva correspondiam ao modelo *mínimo-legal*, tendo surgido como fruto das exigências colocadas pela Reforma Universitária.

Evidenciou-se, assim, de um modo geral, a configuração de dois grandes padrões de realização da Medicina Preventiva no interior das escolas médicas brasileiras: um, constituído pelas escolas federais das regiões norte e nordeste e pelo menos metade das escolas privadas do sul e sudeste, que se aproximava do modelo mínimo-legal, e, outro,

representado por um grupo de escolas públicas do sul e sudeste, que se encontrava em um "estágio avançado do processo de racionalização do modelo preventivista". (PESES, 1977).

Nos anos que se seguiram a este estudo, a tendência racionalizadora assumida pela política de saúde, com seus reflexos sobre o discurso da política educacional para o ensino médico, contribuiu para a acentuação daquele processo, fazendo com que um número crescente de departamentos se voltasse para a questão da atenção à saúde e se alinhasse na formulação de propostas para a reorganização do setor.

3.4.2. O debate sobre a Educação Médica e a Relação Ensino-Serviço nos Departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo.

A apreensão da trajetória do movimento preventivista nas escolas médicas do Estado de São Paulo, de particular interesse face ao objeto deste trabalho, foi realizada através do resgate das discussões que os departamentos de Medicina Preventiva do Estado, reunidos em encontros periódicos, desde o final dos anos 60, empreenderam em torno de suas preocupações comuns, e nos quais se expressaram, mesmo que de forma parcial, muitas das tensões e concepções divergentes que o movimento preventivista suscitou no seu interior.

Os encontros surgiram a partir da necessidade, sentida por alguns docentes, de discutir mais intensamente as questões ligadas à Medicina Preventiva, seu objeto, seu campo teórico-conceitual e de práticas, partindo de um questionamento do modelo preventivista dominante, proveniente da educação médica americana, que superava a dimensão biológica indo até as ciências do comportamento, sem aprofundar, porém, o sentido da relação saúde-sociedade, da determinação social do processo saúde-doença e da prática médica²⁷.

²⁷Cf. entrevista de Guilherme Rodrigues da Silva para esta pesquisa.

Motivados por estas inquietações, os departamentos de Medicina Preventiva da UNICAMP e da USP realizaram, no ano de 1968, em São Paulo, um primeiro encontro de docentes, ao qual se seguiram novas reuniões, com a participação crescente dos departamentos de Medicina Preventiva de outras escolas médicas do Estado - Escola Paulista de Medicina, Santa Casa de São Paulo, Ribeirão Preto, Botucatu, Marília.

O período de 1968 a 1973 caracterizou-se pela grande frequência desses encontros e, também, pela intensidade dos debates, que envolviam o questionamento das possibilidades transformadoras do modelo preventivista e a busca da expansão do campo de conhecimento e de práticas da Medicina Preventiva, pela vertente da investigação crítica a respeito da atenção médica, da organização social dos serviços e da política de saúde.

A partir das reflexões surgidas nestes encontros, o debate ampliou-se, tendo influenciado, inclusive, reuniões de âmbito internacional, como foi o caso da 2ª Reunião da OPS sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social na América Latina, realizada em 1974. (SILVA,1990). Neste fórum, um grupo, que incluía professores de departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, conseguiu reverter a tendência mais conservadora, de manutenção das conclusões da 1ª Reunião (1968), aprovando um relatório final bastante crítico, face ao modelo preventivista original, e que propunha a reorientação da Medicina Preventiva em torno de um novo objeto de estudo, a determinação social do processo saúde-doença e das práticas de saúde.

A tensão existente entre os departamentos, com relação aos diferentes significados político-ideológicos do projeto preventivista, manifestava-se, sobretudo, quanto à compreensão do papel das Ciências Sociais como instrumento para a produção e reprodução de conhecimento na área. Nesta perspectiva é que se pode inserir os seminários sobre Metodologia de Investigação nas Ciências da Conduta, realizados no início dos anos 70, em Ribeirão Preto e Campinas, com a presença de Juan César García, e onde se apontou para a superação da visão funcionalista presente naquelas disciplinas e para a necessidade de se estudar as relações entre medicina e sociedade numa perspectiva histórico-estrutural.

A IX Reunião de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, realizada em Marília, em 1972, teve como tema central o ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas e, pelas conclusões dos três grupos de discussão, ficava evidente que a maioria dos departamentos tendia a adotar uma postura mais crítica, relativamente à contribuição das Ciências Sociais para a construção do conhecimento na área da Saúde Coletiva. (REUNIÃO DE DOCENTES...,1972).

O ensino da Medicina Preventiva, tanto na graduação quanto na residência, esteve presente como preocupação dominante dos departamentos, ao longo dos vários encontros realizados. Através desta preocupação comum e dos debates que se sucederam, transparecia, contudo, a diversidade de projetos existente entre os vários departamentos: enquanto alguns se mantinham fiéis às orientações do Seminário de Viña del Mar, procurando reproduzir sua pauta disciplinar e as experiências extramurais nos moldes da Clínica de Família, outros assumiam uma posição mais crítica, identificando-se com o projeto da Medicina Social. Existia, ainda, um terceiro grupo, que se achava mais voltado para a questão dos serviços e suas relações com o ensino, aproximando-se do modelo racionalizador definido no trabalho do PESES.

Apesar destas divergências, algumas estratégias eram consideradas fundamentais pelo conjunto dos DMPS, como era o caso da integração interdisciplinar com os departamentos clínicos. Na área do ensino da Epidemiologia, esta busca de integração foi especialmente enfatizada, sugerindo-se que fosse efetuada *"em discussões clínicas, nos diversos departamentos, mediante a participação de docentes de Medicina Preventiva"* e *"através de programas clínicos multidisciplinares com enfoque em atenção médica de primeira linha ou em trabalhos realizados em áreas de demonstração"*. (REUNIÃO DE DOCENTES..., 1971).

Em 1973, no documento preliminar à reunião realizada na Santa Casa de São Paulo, sobre o tema "A integração no ensino de Medicina Preventiva", afirmava-se: *"A Medicina Preventiva é(...), dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à criação de novas atitudes,*

que devem estar incorporadas à prática de todos os médicos e não serem exclusivas de especialistas preventivistas". (REUNIÃO DE DOCENTES...,1973)²⁸.

Neste encontro, destacou-se, como favorecedores para o processo de integração, os trabalhos na comunidade e as experiências com os Centros de Saúde-Escola, onde participariam docentes dos vários departamentos da escola médica, desaconselhando-se a manutenção de ambulatórios próprios dos departamentos de Medicina Preventiva.

A questão da integração com os serviços de saúde apareceria, de forma mais evidente, somente no encontro realizado em 1979, em Ribeirão Preto. Nele empreendeu-se uma análise crítica do movimento preventivista no país que, em síntese, era avaliado como conservador, por propor unicamente mudanças curriculares e não levar em conta as reformas necessárias na estrutura dos serviços de saúde.

As contradições do movimento da Medicina Preventiva e as tentativas de superá-las foram consideradas como tendo sido geradoras de profundas divergências entre os departamentos, com reflexos nos conteúdos programáticos e nas análises quanto às perspectivas do projeto preventivista nas escolas médicas e na sociedade. Considerou-se que, naquele momento de retomada do debate, apesar de já haver *"um consenso quanto à natureza social do processo saúde/doença (...) e quanto à necessidade de intervir na estrutura de atenção médica"*, havia, ainda, *"inúmeras divergências entre departamentos nas modalidades de articulação com os serviços de saúde"*. (REUNIÃO DE DOCENTES..., 1979).

Uma destas modalidades dizia respeito aos Centros de Saúde-Escola, uma experiência de articulação com os serviços, iniciada no final da década de 60, a partir da

²⁸Esta reunião foi bastante ampla, com a participação de 180 pessoas, das quais 50 estudantes de medicina e, além de 15 escolas médicas do Estado de São Paulo, estavam também representadas escolas do Rio de Janeiro, da Paraíba, do Rio Grande do Norte, do Paraná e de Minas Gerais. Neste encontro, foi escolhida a FCM/UNICAMP para sediar a reunião do ano seguinte que, porém, não ocorreu, só vindo a se realizar a XI Reunião, que foi também a I Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva, em outubro de 1977.

disposição da Secretaria Estadual da Saúde²⁹ em abrir espaços em sua rede de unidades sanitárias para o treinamento de estudantes de Medicina e Enfermagem e do interesse de alguns departamentos de Medicina Preventiva em realizar uma experiência docente inserida na estrutura dos serviços. Esta proposta, progressivamente encampada pelos DMPS ao longo dos anos 70, assumiu configurações diferentes conforme a ênfase dada aos trabalhos docentes ou às atividades de administração e organização assistencial e, naquele momento, começava a ser questionada quanto a sua real contribuição para o ensino, reafirmando-se, porém, os CSE como lugares de experimentação de novas práticas de saúde coletiva e de organização de serviços. (REUNIÃO DE DOCENTES...,1979).

No que diz respeito às propostas de Integração Docente- Assistencial, elas eram vistas, relativamente ao projeto da Medicina Preventiva, como mais avançadas, apesar da crítica ao seu caráter racionalizador, que não incluía uma reestruturação global dos serviços de saúde.

As modalidades assistenciais que pretendiam a extensão do cuidado às camadas marginais da população a um menor custo eram vistas como inseridas num projeto político-ideológico de caráter populista, que vinha marcando, tendencialmente, a atuação do Estado brasileiro e, neste sentido, condicionava-se a participação dos departamentos de Medicina Preventiva nos projetos governamentais a um debate amplo sobre a questão da privatização/estatização dos serviços de saúde, condenando-se *a priori* o modelo de "estatização privatizante" que vinha caracterizando o setor. (REUNIÃO DE DOCENTES...,1979).

Nesta reunião foi sugerida a realização de um encontro para avaliar as experiências dos Centros de Saúde-Escola, o que veio a ocorrer em março de 1980. Nesta oportunidade, foram apontadas as limitações político-institucionais e de recursos que estariam comprometendo as metas assistenciais e de ensino e pesquisa daquelas unidades. Recomendou-se que os departamentos de Medicina Preventiva se envolvessem, de forma

²⁹À época do início dos convênios para criação dos CSE, era titular da SES/SP o dr. Walter Leser (1ª gestão, 1967-1971), professor do DMP da Escola Paulista de Medicina, que participara do Seminário da OPS em Viña del Mar e das discussões sobre educação médica nos departamentos de Medicina Preventiva. O primeiro convênio foi firmado com a FCM da Santa Casa de São Paulo, em 1967, seguindo-se o da EPM, em 1968, e outros seis em 1971, chegando a quatorze em 1979.

mais efetiva e direta, nos projetos dos CSE e que estes retomassem uma concepção global de trabalho, baseada num modelo de prestação de cuidados individuais e coletivos abrangentes e de boa qualidade, constituindo-se em porta de entrada para um sistema hierarquizado de serviços de saúde, onde o aluno deveria participar ativamente em todos os níveis. (ENCONTRO DE AVALIAÇÃO...,1980).

Ao longo da trajetória dos encontros, pode-se observar que a questão do ensino médico e do ensino das disciplinas da Medicina Preventiva, que mobilizou os docentes e esteve presente, centralmente, no temário das reuniões no início da década de 70, foi, progressivamente, sendo sobrepujada pela preocupação com a questão assistencial e de estruturação dos serviços. Neste sentido, a própria experiência dos Centros de Saúde-Escola não foi objeto de uma avaliação ampla, no que se refere a suas práticas de ensino, tendo sido problematizada, principalmente, a partir do seu papel na prestação de serviços, orientando-se as discussões para os aspectos organizacionais relevantes para a assistência. (REUNIÃO DOS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA...,1979).

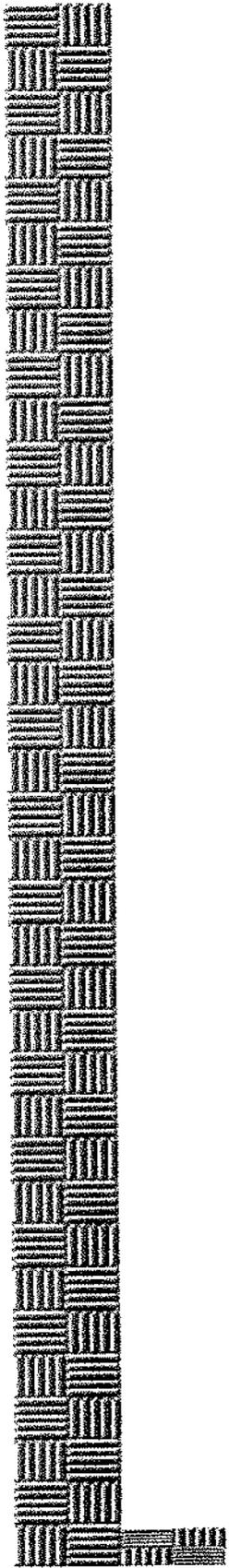
O deslocamento do foco central das preocupações dos DMPS para a busca de novas formas de organização dos serviços, preconizando a inserção orgânica dos CSE na rede básica e assumindo o papel de experimentação de modelos assistenciais que fossem eficazes e reproduzíveis, acompanhou o processo que vinha ocorrendo na política setorial, com o aprofundamento da crise sanitária e a intensificação do debate nacional a respeito das alternativas para superá-la.

No início dos anos 80, os departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social de várias escolas médicas do país passaram a participar mais amplamente das discussões em torno das novas propostas reformadoras que foram surgindo para o setor, aglutinando-se em torno da recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)³⁰.

³⁰A ABRASCO foi criada em 27/09/79, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, promovida pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e pela OPS.

Em 1983, a ABRASCO, em colaboração com a ABEM, promoveu a III Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social, na qual se afirmou o fracasso do projeto original da Medicina Preventiva e se discutiram as tendências e perspectivas do movimento preventivista no Brasil, tendo sido delegado à ABRASCO um papel central no apoio ao trabalho dos departamentos, na manutenção da sua articulação e no estabelecimento de relações com as esferas governamentais. (ABRASCO,1984).

As questões que diziam respeito ao ensino de graduação foram tendo, contudo, cada vez mais um lugar secundário, relativamente ao peso crescente assumido pela formação de pessoal em Saúde Coletiva em nível de pós-graduação - Residência, Especialização, Mestrado e Doutorado -, consoante com o projeto da ABRASCO de formação de recursos humanos para a política de saúde e de intervenção mais efetiva nas questões sanitárias do país, através da formação de quadros capacitados em Epidemiologia, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, que pudessem ocupar espaços na formulação de políticas e na gerência dos serviços.



4. O PROJETO DE PAULÍNIA : IMPLANTAÇÃO E CRISE - 1970 -1974

4.1. OS ANTECEDENTES DO PROJETO DE PAULÍNIA: O MODELO PREVENTIVISTA TRADICIONAL

A construção da proposta que resultou na implantação do projeto de Paulínia tem suas raízes num processo de reflexão crítica ocorrido no interior do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP (DMPS/UNICAMP) e que envolveu, posteriormente, outros setores da Faculdade de Medicina, de modo a se constituir numa proposta da direção da escola médica e da universidade.

Este processo de reflexão teórico-conceitual sobre temas constantes das preocupações do movimento preventivista, como a prática médica e a formação profissional, foi suscitado a partir da experiência docente extramural, realizada por aquele departamento na segunda metade dos anos 60.

Tendo se constituído, em 1965, sob a inspiração dos Seminários Internacionais sobre o Ensino da Medicina Preventiva realizados pela OPS (Vinã del Mar, 1955 e Tehuacán, 1956), desde seu início o DMPS/UNICAMP orientou-se pelo modelo emanado daqueles encontros, no sentido de sua organização disciplinar e da busca do desenvolvimento de atividades práticas de caráter experimental que dessem suporte ao ensino da Medicina Preventiva na coletividade. Isto implicou na construção de uma estrutura curricular em que, ao mesmo tempo que se introduziam novas disciplinas no currículo médico, se procurava dispô-las de tal modo que estivessem presentes ao longo de todo o curso, de forma isolada ou integradas com outras áreas³¹.

Mas, para além da necessidade de introduzir novos conteúdos teóricos e de projetar a idéia de prevenção sobre todo o ensino médico, fazia-se também necessário buscar um campo de práticas que não fosse o hospital - espaço privilegiado pelo modelo médico biologicista e curativo - mas um lugar externo a ele, na comunidade, que permitisse

³¹ Isto torna-se evidente ao observarmos que, já no ano de sua criação, o DMPS/UNICAMP ministrou aulas nas primeiras três séries do curso médico e, dois anos depois, continha disciplinas em cinco séries do currículo de graduação. A respeito da organização curricular do departamento, ver UNICAMP/FCM/DMPS, 1969, e NUNES, 1984.

desenvolvimento de um projeto de reforma do ensino médico orientado pelos princípios da Medicina Integral e da Medicina Preventiva³².

A procura de um espaço para as práticas externas ao hospital levou à escolha, já no início de 1966, de uma área na periferia da cidade de Campinas, equivalente a seis setores do bairro Jardim dos Oliveiras (BJO) que, à época, compreendiam 795 famílias, num total de 3.802 pessoas. (TOBAR-ACOSTA, 1970).

A eleição desta área orientou-se por critérios que mostravam a preocupação com a busca de uma comunidade em condições de se tornar objeto de observação e intervenção, constituindo-se num *laboratório* para a prática da Medicina Preventiva: uma população de nível sócio-econômico baixo, não muito numerosa, ocupando uma área de extensão limitada, carente de recursos, inclusive médico-assistenciais, não excessivamente trabalhada por entidades assistenciais ou sujeita a influências políticas, e que aceitasse colaborar com os programas propostos³³.

O DMPS dirigiu suas atividades de campo no BJO para determinados grupos sociais, representados pelas *famílias*, enquanto lugar privilegiado onde o estudante poderia apreender as relações entre saúde, doença e condições de vida e iniciar uma atuação clínico-preventiva, e pelas *instituições* existentes na área, como a escola primária e a Sociedade Amigos do Bairro, que se tornariam alvos preferenciais dos trabalhos de educação em saúde e de organização da comunidade.

As ações programadas objetivavam, sobretudo, a docência, prevendo a participação ativa dos alunos na sua realização e a utilização do material empírico para as discussões em sala de aula. O contato com a população do bairro iniciava-se no segundo ano da graduação, através da disciplina Ciências Sociais aplicadas à Medicina, durante a qual os estudantes elaboravam uma história sócio-familiar, ou seja, um diagnóstico médico e social

³²Entendia-se que, neste trabalho fora dos muros do hospital, seria possível "*desarrollar en el futuro médico la necesidad de observar los fenómenos biológicos y sócio-culturales de una población que vive en condiciones naturales y la influencia que ellos tienen sobre la salud del individuo, la familia y la colectividad, como también la recíproca*". (TOBAR-ACOSTA, 1970).

³³A Delegacia Regional de Saúde de Campinas colaborou no estabelecimento dos primeiros contatos do DMPS com a Sociedade Amigos do Bairro Jardim dos Oliveiras, que manifestou interesse em participar dos programas, em razão da carência de serviços de saúde no bairro.

das condições em que vivia determinada família, seus valores, crenças e atitudes, principalmente relacionados à saúde, assim como as características do meio físico, sócio-cultural e econômico em que ela se inseria. A partir desta observação, e de sua discussão em grupos multiprofissionais, buscava-se estabelecer as medidas necessárias para corrigir ou prevenir os problemas detectados, permanecendo, então, os estudantes, como assessores de saúde dessas famílias³⁴.

Os alunos de segundo ano participavam, ainda, de ações educativas dirigidas a grupos de famílias, gestantes e escolares, compondo, desta forma, um conjunto de atividades que pretendia capacitá-los para a observação de realidades sócio-econômicas e culturais diferentes da sua e para uma intervenção apoiada na educação sanitária.

Os estudantes de 4º e 5º anos do curso médico tinham uma participação no BJO mais ligada às ações clínico-preventivas, realizadas através da disciplina Clínica de Família onde, a partir do estudo clínico dos membros de famílias supostamente sadias, discutiam-se o conceito de História Natural da Doença, os diferenciais de saúde-doença na coletividade e as ações pertinentes aos vários níveis de prevenção.

As atividades de ensino estendiam-se, ainda, ao espaço institucional da escola primária, através do Programa de Saúde do Escolar. Realizado com a participação de alunos do 5º ano médico, incluía a avaliação das condições de saúde dos escolares, atendimentos médicos, imunização e educação sanitária.

Com a finalidade de atendimento às pessoas doentes e, principalmente, pela necessidade de um local para o exame das famílias, foi instalado no bairro, em 1967, um Posto de Atenção Médica, em cuja iniciativa estiveram presentes os departamentos de Medicina Preventiva e de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP. Este Posto de Saúde, contudo, tornou-se sede, principalmente, de programas dirigidos à população feminina em idade fértil, como os de detecção de câncer ginecológico e planejamento familiar, desenvolvidos pelo departamento de Tocoginecologia com a participação de seus docentes,

³⁴Este novo papel reservado ao aluno inspirava-se nas orientações do Seminário de Viña del Mar e a preparação para esta função era realizada através de um curso suplementar, denominado "Medicina Construtiva", que buscava garantir um suporte conceitual mínimo, para que o aluno pudesse atuar junto às famílias e nos trabalhos de educação em saúde.

alunos e residentes³⁵. Não chegou, assim, a constituir-se num serviço de atenção à saúde do conjunto da população do bairro, que continuava, para a maior parte de suas demandas assistenciais, sendo encaminhada ao hospital-escola.

Intervenções sanitárias de caráter mais abrangente também foram objeto da atuação do DMPS que, em três ocasiões, realizou ações de imunização em massa, cobrindo a totalidade dos domicílios da área de trabalho, com a participação de alunos de várias séries do curso médico.

O espaço extramural representou, ainda, campo para as atividades de investigação, entre as quais um censo demográfico-sanitário em que colaboraram alunos dos três primeiros anos da FCM, estudos sobre níveis de fecundidade da população e correlação com fatores sociais, e investigações sobre morbi-mortalidade. (CAMPOS,1971; TOBAR-ACOSTA,1972).

Além dos programas de caráter especificamente docente, assistencial ou de pesquisa, pode-se identificar, também, a existência de uma preocupação por parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social com a questão da organização e desenvolvimento da comunidade, motivando iniciativas de atuação junto a determinados setores institucionais locais, como a Sociedade Amigos do Bairro, o Clube de Mães e a Associação de Pais e Mestres do Grupo Escolar, além do estímulo à formação de grupos de famílias. Essas tentativas, contudo, não surtiram resultados significativos pelo fato de terem explicitado demandas da população, como a construção de um Centro de Saúde e de um Centro Comunitário que, da mesma forma como ocorreu com as necessidades detectadas no interior das famílias, esbarraram na impossibilidade de sua solução pela própria coletividade e na falta de apoio das instituições externas a ela. (TOBAR-ACOSTA,1970).

Em 1969, avaliando o conjunto do trabalho no bairro Jardim dos Oliveiras, o DMPS viu-se frente a alguns impasses para sua continuidade que vieram contribuir para um reposicionamento relativamente à atuação extramural. O primeiro deles decorria da constatação de uma crescente desmotivação dos estudantes para com as atividades

³⁵Estes programas, financiados pela BENFAM do Brasil e pela World Neighbours Inc dos EUA, mantiveram-se no bairro, mesmo após a interrupção dos trabalhos do DMPS.

desenvolvidas³⁶, ao mesmo tempo em que demandavam ser introduzidos mais precocemente no hospital, conviver com os doentes e fazer observações ao pé do leito, numa reafirmação do modelo tradicional de ensino que tinha no hospital seu pólo hegemônico.

Em função desta avaliação, o departamento optou por realizar mudanças nos conteúdos e práticas da disciplina Ciências Sociais aplicadas à Medicina que passou, em 1969, a trabalhar junto às enfermarias do hospital-escola, com observações e discussões acerca da relação médico-paciente, da problemática dos doentes internados e de suas famílias e da estrutura e organização hospitalares.

Ficava evidente a tentativa de manter-se a observação da família e do meio, mas, agora, partindo do doente e do hospital como elos que permitiriam ao estudante interessar-se pelos aspectos sociais do processo saúde-doença. Esta inserção precoce do aluno no ambiente hospitalar, num movimento oposto àquele da busca das práticas na comunidade, representava, não somente uma adaptação do ensino à clientela mas, também, às próprias condições internas do DMPS, que já demonstrava a necessidade de uma revisão de seu projeto extramural.

Além disso, a experiência que vinha se desenvolvendo desde 1966 e que, partindo do trabalho junto às famílias, ampliara sua atuação, procurando problematizar o conjunto do bairro e trabalhar com suas organizações, ainda que incipientes, começava a suscitar a necessidade de se pensar a questão dos serviços³⁷, das suas formas de organização para responder à demanda assistencial existente e, como consequência, de problematizar o sistema de saúde como um todo.

Esta preocupação com o serviço de saúde trazia, por sua vez, a necessidade de novos recursos - financeiros, de infra estrutura e de pessoal - e a exigência de uma maior articulação do DMPS com os demais departamentos da escola médica e com as instituições da área da saúde. Dificuldades de integração efetiva com os departamentos clínicos e, sobretudo, a falta de apoio institucional externo, seja por parte da Prefeitura de Campinas ou

³⁶Em sua avaliação sobre os resultados do trabalho da Clínica de Família, TOBAR (1970) afirmava: "*un significativo número de estudiantes no encontró suficiente motivación y, sobre todo, se frustró, pues los problemas levantados, muchas de ellos ni siquiera percibidos por la familia, no pudieron ser resueltos dada la carencia de recursos, pero, especialmente, por la falta de infra-estructura de la comunidad*".

³⁷Entrevista de Antonio S. S. Arouca para esta pesquisa.

da Divisão Regional de Saúde, passaram a colocar restrições concretas à possibilidade de uma atuação ampliada do DMPS junto à população do bairro.

Ao lado disso, já se esboçavam, no interior da equipe do projeto, críticas à concepção da comunidade enquanto uma população homogênea, integrada em um espaço físico-geográfico e desprovida de relações sociais de classe e à sua utilização como um *laboratório* para o ensino médico, incorporando-se uma compreensão mais globalizante da problemática médico-social, aliada à convicção da necessidade de uma participação mais ativa da própria população para implantar e manter os projetos que lhe diziam respeito³⁸.

Deve-se observar, também, que, neste momento, começavam a emergir críticas, por parte de alguns setores do DMPS, ao modelo funcionalista presente nas Ciências Sociais, que vinha orientando a abordagem da relação médico-paciente, da família e do processo saúde-doença, e a se buscar uma nova compreensão das relações do social e do econômico com este processo e também com a organização do sistema de saúde³⁹. Este conjunto de inquietações teóricas teve como referência as contribuições de Juan César García, tendo sido objeto de debate por ocasião do Seminário de Cuenca (OPS,1972)⁴⁰ e nos estudos da área desenvolvidos ao longo da década de 70.

As várias ordens de questões que foram surgindo ao longo da experiência no BJO - a necessidade de se repensar a questão dos serviços, de rever as práticas docentes na comunidade, de buscar uma maior integração com a escola médica e uma nova relação com a população - passaram a evidenciar os limites de uma atuação extramuros norteadas pelo modelo preventivista tradicional e, em vista dos impasses para sua superação naquela experiência concreta, passou-se a buscar as condições para a realização de um novo trabalho externo.

³⁸Entrevista de Everardo D. Nunes para esta pesquisa.

³⁹Segundo Arouca, o departamento passou por uma fase de introdução da Clínica de Família, dela para pensar a comunidade e daí começa a entrar no serviço e. "*ao nível das Ciências Sociais, do ensino da Medicina Preventiva, quase que fazendo o mesmo percurso, passando pela relação médico-paciente, a família na determinação da doença, o social na doença e se começa a tentar pensar na ação, na estrutura econômica, na organização do sistema de saúde como um todo*". (Entrevista para a pesquisa).

⁴⁰Alguns questionamentos a respeito do modelo utilizado pelas Ciências Sociais em saúde, ainda que incipientes, já estavam presentes nos Seminários sobre Metodologia de Investigação em Ciências da Conduta, realizados no Brasil, em 1970 (Ribeirão Preto e Campinas).

A experiência desenvolvida no BJO representou, em síntese, um projeto de caráter fundamentalmente docente, que procurou ampliar os espaços em que se realizava a educação médica de forma a trabalhar, conceitual e empiricamente, os vários aspectos do processo saúde-doença no indivíduo, na família e na comunidade, dentro dos marcos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva.

A despeito da intenção deste projeto pedagógico de provocar mudanças na escola médica e na atitude dos futuros profissionais, ele se constituiu em uma experiência pontual, restrita por referência ao conjunto da formação do aluno, não tendo sido suficiente para desencadear as mudanças pretendidas e para sensibilizar os demais departamentos da escola médica no sentido de promover uma ampla reforma do ensino.

Com relação ao DMPS, o trabalho realizado no BJO e as questões por ele levantadas constituíram-se em um primeiro acúmulo a partir do qual ocorreu um reposicionamento teórico e metodológico do departamento, ou de setores pertencentes a ele, relativamente às práticas extramurais.

A análise da experiência desenvolvida no bairro evidenciou, ao lado dos objetivos docentes, a existência, também, de uma preocupação com a questão assistencial, manifesta na implementação dos programas de alcance coletivo, como imunização em massa, programa de saúde do escolar e atividades de educação sanitária com famílias e grupos, e nas ações de atenção individual, compondo um *modelo assistencial clínico-preventivo* ao qual se associou o trabalho de promoção da comunidade.

Este último procurava estimular a participação da população nos programas de saúde, através de um modelo de intervenção orientado pela busca de sua adesão e apoio às normas e ações médico-sanitárias emanadas da equipe pertencente à escola médica, mediante o seu entrosamento com as instituições locais (de promoção social, de ensino e de representação local). Se este apoio efetivamente ocorreu, a instituição médica, contudo, mostrou-se incapaz de responder às necessidades de atenção à saúde que, de forma crescente, foram se explicitando.

O fazer ensino médico através de algumas práticas assistenciais revelou a existência de uma demanda reprimida, particularmente significativa na esfera da assistência médica individual, fruto não apenas das carências e da falta de acesso da população do bairro aos serviços de saúde, como, também, do próprio trabalho de diagnóstico individual e coletivo que foi sendo realizado.

A esta demanda, contudo, o projeto não conseguiu dar respostas efetivas, em decorrência de limitações que podem ser localizadas tanto no seu interior como fora dele. Internamente, havia uma elaboração ainda insuficiente a respeito da questão assistencial, do papel dos serviços e da própria política de saúde, de tal forma que a intervenção proposta consistia, sobretudo, numa ação experimental com objetivos de ensino, sem conseguir equacionar, de modo mais amplo, a emergente demanda por atenção médica. A escola médica, por seu lado, não assumiu o enfrentamento desta questão, já que, além de seus próprios problemas de atendimento à demanda, a FCM/UNICAMP encontrava-se numa fase de tentativa de consolidação do modelo hospitalar, buscando criar condições mais adequadas para o funcionamento do seu hospital-escola.

No nível externo, o momento da política de saúde era de expansão do modelo privatista financiado pela Previdência Social, de caráter excludente quanto ao acesso aos serviços e apoiado no atendimento hospitalar, não tendo ainda ganho força as propostas de extensão de cobertura através da incorporação da assistência médica nas unidades básicas de saúde, permanecendo a Secretaria Estadual da Saúde e o município afastados da responsabilidade pela assistência médica.

Assim, o projeto originalmente docente trouxe consigo a explicitação de questões da esfera assistencial que não puderam ser superadas, gerando conflitos que levaram, não somente ao esgotamento da experiência concreta mas, mais do que isso, deixaram entrever as limitações da proposta preventivista tradicional, enquanto modelo capaz de oferecer aporte conceitual e operacional para o enfrentamento dos problemas ligados à prestação de serviços de saúde.

4.2. DA EXPERIÊNCIA PREVENTIVISTA À CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO POLÍTICO PARA O SETOR SAÚDE

A experiência de trabalhos extramuros, com os diversos questionamentos que suscitou, trouxe para uma significativa parcela do departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP a necessidade de aprofundar a discussão sobre a Medicina Preventiva, seus postulados e suas possibilidades, enquanto movimento que se considerava portador de um projeto de reforma da prática médica, a ser realizada fundamentalmente através de uma mudança na consciência e na atitude do médico diante do processo saúde-doença, orientada pelo modelo da História Natural da Doença e desencadeada a partir do processo educacional.

O desaparecimento da coesão em torno do projeto da Medicina Preventiva, que marcara a experiência anterior, fez com que se iniciasse, no interior do departamento e envolvendo também alguns interlocutores externos a ele, pertencentes a outros setores da escola médica, um processo de reflexão e debate acerca dos determinantes da educação médica e da organização do cuidado à saúde, processo este que viria marcar, de modo significativo, a construção de uma nova proposta para as práticas extramurais.

A interrupção dos trabalhos no BJO impôs, inicialmente, a volta para o interior do espaço escolar, com marcados reflexos na atividade docente. Assim, a partir de 1970, a disciplina Ciências Sociais aplicadas à Medicina passou a trabalhar exclusivamente nas enfermarias do hospital-escola, reafirmando o estudo da relação médico-paciente e dos papéis profissionais dentro da equipe de saúde. Ao mesmo tempo, as práticas da Clínica de Família foram substituídas pela chamada Clínica Preventiva, dentro de uma proposta de capacitação do aluno para a realização de exames de grupos populacionais supostamente sadios, com a finalidade de situar o conjunto dos indivíduos num gradiente de saúde-doença e propor as condutas a serem realizadas nos vários níveis de prevenção.

As coletividades utilizadas como suporte para este programa ficariam restritas, contudo, a alguns grupos sócio-ocupacionais⁴¹ examinados sistematicamente, a fim de que

⁴¹De 1970 a 1972, foram atendidos funcionários da UNICAMP, guardinhas da Guarda-Mirim de Campinas, soldados e oficiais do 5º GECAN de Campinas e calouros da UNICAMP.

os estudantes de Clínica Preventiva tivessem "*uma noção prática de como a História Natural da Doença pode ser aplicada tanto em estudo individual como em populações*", além da ênfase na prática ambulatorial, contraposta ao aprendizado centrado predominantemente no leito hospitalar. (UNICAMP/FCM/DMPS,1972).

Estas novas experiências docentes, na realidade, refletiam as diferentes concepções sobre a Medicina Preventiva que se iam delineando no interior do DMPS/UNICAMP. A compreensão que permeou os trabalhos no BJO, na qual a Medicina Preventiva representava um corpo de conhecimentos e práticas que permitiria ao médico realizar o controle e a prevenção de doenças, continuava presente em uma certa parcela do departamento, que via no treinamento da Clínica Preventiva a possibilidade de que o aluno se apropriasse daquele instrumental e viesse a assumir uma atitude preventiva e integral diante dos problemas de saúde. Esta compreensão continha, ao mesmo tempo, uma visão do coletivo como a somatória dos problemas individuais, o que justificaria realizar a tarefa de prevenção junto a cada indivíduo ou família⁴².

Por outro lado, o grupo do DMPS que vinha realizando a crítica à abordagem funcionalista nas Ciências Sociais reivindicava que, para além do estudo da relação médico-paciente, dever-se-ia levar em conta a questão dos determinantes provenientes da estrutura econômica e política sobre a saúde, privilegiando uma concepção do social não sistêmica ou fatorial, mas que levasse em consideração a complexidade dos determinantes macro-estruturais no processo saúde-doença, na organização da prática médica e na própria educação médica⁴³.

É neste contexto, de discordância com o projeto clínico-preventivo e com o modelo das Ciências da Conduta, que se organiza um curso de Medicina Social no interior da disciplina de Clínica Preventiva e se começa a construir uma reflexão mais ampla sobre a

⁴²Para os propósitos de nossa análise, os atores pertencentes ao DMPS/UNICAMP que compartilhavam esta concepção serão designados por "corrente preventivista".

⁴³Para os propósitos desta análise, designaremos esta corrente do DMPS de "corrente médico-social".

intervenção estatal na organização do setor saúde e sobre o papel da educação médica na realidade sanitária do país⁴⁴.

No documento enviado pelo DMPS à VII Reunião de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, realizada em outubro de 1970, na Faculdade de Medicina da USP, já se encontrava uma análise sobre o movimento preventivista em que, considerando-se os elementos da estrutura de atenção médica e o papel do Estado na prestação de serviços, eram colocadas as limitações do projeto reformador da Medicina Preventiva enquanto alternativa ideológica para o enfrentamento da especialização crescente, da tecnificação e do aumento dos custos da assistência médica. (UNICAMP/FCM/DMPS,1970). Na crítica ao projeto preventivista, reduzia-se sua intervenção a determinadas ações técnicas voltadas para a prevenção das doenças, ao mesmo tempo em que se reafirmava a Medicina Social como o campo teórico de estudo da dinâmica do processo saúde-doença na população e das suas relações com a estrutura de atenção médica e com a estrutura social⁴⁵.

No interior desta discussão sobre a Medicina Preventiva, inseria-se uma especial preocupação com o ensino, com a necessidade de se repensarem os DMPS e o conjunto da escola médica, tanto em seu papel formador, como nas suas relações com o sistema de saúde. Em razão disto, os membros do DMPS que aderiram à proposta da Medicina Social, ao lado de docentes de outros departamentos da FCM/UNICAMP e da própria direção da faculdade, constituíram um grupo de discussão que passou a trabalhar a questão da educação médica no interior da FCM e a refletir criticamente sobre a situação do ensino no conjunto das escolas médicas do Estado de São Paulo.

⁴⁴O programa do curso de Medicina Social incluía, entre outros, os seguintes temas: desenvolvimento/subdesenvolvimento e saúde; modelos de atenção à saúde no Brasil e em outros países; planejamento em saúde e administração sanitária e hospitalar. A abordagem histórico-estrutural, que começava a ser utilizada no curso de Medicina Social, vinha ganhando espaço nas Ciências Sociais em Saúde na América Latina e constituiria o marco teórico para o estudo sobre a educação médica latinoamericana, realizado por Juan Cesar García no final dos anos 60. A respeito das correntes de análise sobre a educação médica, ver ANDRADE, 1978.

⁴⁵Neste documento eram assim colocados os objetivos do ensino da Medicina Preventiva e/ou Social: "*Quanto à Medicina Social: dar ao futuro médico uma visão dinâmica do processo saúde-doença nas populações; suas relações com o sistema social global e sub-sistema de saúde; situá-lo criticamente dentro dos sistemas, procurando fornecer-lhe métodos de análise dos mesmos, bem como o instrumental necessário às possíveis mudanças em que ele poderá influir, para o alcance do máximo de saúde possível para as populações*" e "*Quanto à Medicina Preventiva: ensinar saúde como princípio e os métodos e técnicas utilizados na ação preventiva, visando a integração desta ação na ação médica (diagnóstico, prevenção, terapêutica e reabilitação)*". (UNICAMP/FCM/DMPS, 1970).

O grande número de Faculdades de Medicina surgidas a partir da Reforma Universitária de 1968, com suas dificuldades de recursos e insuficiente discussão sobre seu papel no contexto da educação médica e da política de saúde, foi problematizado por este grupo a partir da definição política e ideológica das instituições de ensino. Na abordagem dos problemas que envolviam as novas Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo, utilizou-se um esquema analítico apoiado na criação de modelos, ou configurações "polares" típicas para as escolas médicas, representativos dos extremos de um processo contínuo de transformações a que estavam sujeitas as instituições. (PINOTTI, AROUCA, AROUCA, 1974). Cada configuração traduziria as concepções da escola médica *tradicional*, por um lado, e *inovada*, por outro, acerca de sua identidade e papel social, visualizáveis sobretudo em suas funções de produção e reprodução do conhecimento e prestação de serviços, havendo, na realidade concreta de cada escola, a possibilidade de se combinarem características de ambos os pólos na constituição do que seria uma faculdade *dual*.

Os modelos teóricos produzidos pelo grupo de discussão passaram a ser os orientadores dos processos de análise e tomada de decisão política, internos à FCM/UNICAMP, com o objetivo de promover sua reformulação institucional. No ano de 1971, em seu Relatório Anual, a direção da FCM, reafirmando as críticas à alienação das Faculdades de Medicina relativamente às condições de saúde da população, falava em uma tomada de consciência frente a seus múltiplos compromissos sociais. Afirmava as repercussões deste reposicionamento no nível da pesquisa, que passaria a ter uma conotação biológica e social; do ensino, no sentido da formação não somente do médico, mas dos outros profissionais necessários ao atendimento dos problemas de saúde do país, ao lado, ainda, da inserção gradual do currículo médico no serviço; e da assistência, em que se propunha a criação de modelos de atenção médica reproduzíveis, no nível individual e coletivo. (UNICAMP/FCM, 1971).

Na realidade, este conjunto de atores - docentes do DMPS e de outros departamentos, juntamente com a direção da faculdade -, que se mostraram sensíveis à crise do ensino na FCM, passando a trabalhar teoricamente esta questão e a propor mudanças, representou o que, em suas próprias reflexões, denominava-se de "grupo inovador", aquele a partir do qual se iniciaria o processo de transição inovadora em uma escola médica

tradicional. A sua emergência como liderança e a ocupação de espaços institucionais na coordenação do processo de mudança, através da direção da Faculdade e da Comissão de Currículo Médico, permitiu que fossem sendo criadas condições favoráveis para a construção de uma nova proposta de atuação da FCM na coletividade, particularmente no que se refere à inserção do ensino médico nos serviços de saúde.

No plano interno do DMPS, o período de transição após a saída do BJO (1970-72) significou uma fase de intensa elaboração do novo projeto extramuros que, cada vez mais, deixava de ser somente do departamento para envolver toda a faculdade. Ao mesmo tempo, este período também foi marcado pela perspectiva de construção das condições objetivas que dariam viabilidade às novas idéias, o que implicou na escolha da nova área geográfica onde se iria trabalhar - o município de Paulínia -, além da definição de quais seriam os parceiros externos e em que base se estabeleceriam as relações interinstitucionais.

Para fins de análise considerou-se, inicialmente, o processo de formulação do projeto, sua elaboração conceitual e de propostas para as várias ordens de questões relacionadas ao trabalho extramural e, num segundo momento, procurou-se reconstruir os aspectos principais de sua implementação tendo, porém, presente que estes processos não ocorreram sequencialmente, mas de forma simultânea e relativamente articulada, ao longo de toda sua trajetória.

4.2.1. A formulação teórico-conceitual do projeto de Paulínia

No contexto das mudanças que foram propostas para a FCM/UNICAMP, no início da década de 70, com o intuito de transformá-la em uma escola médica inovada, a questão dos *programas de extensão* - entendidos como as práticas organizadas que a escola médica realizaria fora de seus muros - assumiu o lugar de estratégia política privilegiada. Isto decorreu da consideração de que poderiam orientar a redefinição dos objetivos institucionais, face à situação de saúde-doença da população, além de responder à

necessidade de criação de novos modelos para a atenção médica e de configuração de um campo mais adequado para o treinamento dos profissionais de saúde.

A formulação de um novo programa, que implicasse em uma atuação ampliada da FCM na comunidade, passou a envolver a participação de vários setores da escola médica, que contribuíram diferencialmente no decorrer do trabalho, tanto no que se refere à elaboração teórica do projeto, quanto à sua construção político-institucional, permitindo a identificação de vários momentos neste processo.

A decisão de trabalhar com parceiros externos significou, ainda, a presença de outros atores institucionais com seus projetos políticos próprios, como a Secretaria Estadual da Saúde (SES/SP) e a Prefeitura do Município de Paulínia (PMP), que vieram a assumir pesos também distintos, conforme a fase de elaboração do projeto.

Uma primeira expressão do que se pretendia com o novo programa de comunidade da Faculdade de Ciências Médicas pode ser apreendida através do convênio assinado entre a universidade e aqueles parceiros externos, no ano de 1971.

A formalização deste convênio foi produto de negociações iniciadas no ano anterior, a partir da iniciativa da FCM - através do coordenador do DMPS e do diretor da faculdade, com o apoio do reitor da UNICAMP - interessada em viabilizar material, financeira e funcionalmente seu projeto de extensão na região de Campinas, associando-se ao interesse da Prefeitura de Paulínia em proporcionar as condições para que o município, carente de serviços de saúde, pudesse contar com uma unidade de assistência médico-sanitária⁴⁶.

Assinale-se que, naquele momento, o poder público local encontrava-se particularmente interessado na implementação de políticas de cunho social (saúde, educação, habitação), como resposta à grande afluência migratória que se projetava para o município em virtude da construção da Refinaria da PETROBRÁS, primeiro passo para a implantação do pólo petroquímico situado entre as prioridades estratégicas do governo federal.

⁴⁶Entrevista do prefeito Vicente Amatte (gestão 1969-1973) para esta pesquisa.

As relações interinstitucionais envolveram, também, a Secretaria Estadual da Saúde, que tinha demonstrado interesse em que alguns de seus Centros de Saúde se constituíssem em locais de treinamento clínico e de Saúde Pública para estudantes de Medicina⁴⁷, o que se expressava nos convênios que ela vinha firmando com as escolas médicas, desde 1967, para a criação dos Centros de Saúde-Escola (CSE)⁴⁸.

O convênio entre a UNICAMP, a SES/SP e a PMP, pelas limitações próprias à utilização de uma minuta-padrão norteadora da constituição dos CSE no Estado de São Paulo, deixava à mostra muito pouco do que se pensava para os modelos assistencial e de ensino a serem realizados na nova unidade, mas permitiu, ao menos, que se apreendesse o papel formal destinado a cada instituição e o seu peso político, nesta primeira etapa de formulação do Projeto de Paulínia.

Tendo como objetivo desenvolver programas comunitários de saúde e programas de ensino, assistência e pesquisa de interesse da Saúde Pública, ao lado da capacitação e aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar para os órgãos de Saúde Pública, o Centro de Saúde-Escola de Paulínia deveria integrar a rede de unidades do Distrito Sanitário de Campinas e cumprir os programas médico-sanitários da SES/SP⁴⁹, havendo a possibilidade de criação de novos programas, por iniciativa da universidade.

Nas atribuições prescritas no convênio, caberia à Prefeitura do Município de Paulínia a construção do prédio do Centro de Saúde em terreno próprio e sua doação ao Estado; à Secretaria, as despesas de custeio da unidade, além do suprimento de material de consumo (medicamentos, vacinas) e a cessão, quando possível, de pessoal técnico-administrativo; e, à UNICAMP, caberia a contratação do pessoal necessário ao

⁴⁷Entrevista do prof. Walter Leser, secretário estadual da saúde (1967- 1971 e 1975-1979), para esta pesquisa.

⁴⁸A SES/SP não esteve imune às pressões de caráter político inerentes à escolha do local para a implantação de uma nova unidade sanitária, tendo protagonizado uma crise entre as instituições envolvidas ao tentar, em 1972, transferir a criação do novo CSE de Paulínia para uma outra área, no município de São Paulo, o que não se efetivou pelo fato da Prefeitura de Paulínia já estar cumprindo os compromissos previstos pelo convênio, com as obras de construção da nova unidade apresentando-se em fase de conclusão. (Entrevista do prefeito Vicente Amatte).

⁴⁹Nesta época, a SES/SP, ao lado dos programas verticais dirigidos ao controle de algumas doenças infecciosas endêmicas, como a Tuberculose e a Hanseníase, iniciava a incorporação de ações de assistência médica individual à rede de Centros de Saúde, inserindo-as dentro da racionalidade da programação em Saúde Pública, agora ampliada de modo a atingir determinados grupos populacionais, como crianças e gestantes, e não apenas doenças específicas. (GONÇALVES, 1986).

funcionamento da unidade, além da colaboração de seus docentes e técnicos, a cessão do uso de equipamentos e material permanente e a coordenação das atividades de capacitação e reciclagem de pessoal.

A gestão interinstitucional estaria a cargo de um Conselho Técnico-Administrativo que, entre outras atribuições, *deveria "aprovar o programa de atividades a serem desenvolvidas pelo C.S., acompanhar o desenvolvimento e introduzir modificações que se mostrem necessárias ao seu aperfeiçoamento"*, além de gerir os recursos financeiros, materiais e humanos do convênio. (UNICAMP,1970). A composição deste Conselho, formado por três membros da SES/SP - que teria a presidência e o voto de desempate -, três da UNICAMP e um da Prefeitura, deixava clara a participação diferencial das instituições na gestão da unidade e, sobretudo, revelava o lugar relativamente subordinado, que era reservado ao poder público local na condução do projeto.

A Secretaria Estadual da Saúde, a despeito do papel central que assumiu na formalização do convênio e na gestão política e financeira do projeto, viria a participar apenas indiretamente da formulação do modelo assistencial a ser implantado, através das diretrizes das programações básicas da rede de Centros de Saúde relativas às imunizações, à assistência à criança e à gestante e aos programas de controle de Tuberculose e Hanseníase.

No processo de formulação do projeto de Paulínia, a elaboração teórica a respeito das linhas fundamentais que deveriam orientar as atividades assistenciais e de ensino ocorreu, efetivamente, no interior da universidade, conduzida pelo grupo de discussão de que faziam parte o diretor da FCM e docentes, em sua maioria, do DMPS.

A educação médica constituiu-se no objeto primeiro das reflexões deste grupo, mas, já nos documentos iniciais, as proposições relativas ao ensino articularam-se à discussão sobre a organização dos serviços, ainda que esta discussão fosse incipiente e que as propostas para a esfera assistencial estivessem subordinadas, neste primeiro momento, à temática da formação de pessoal para a área da saúde.

A) As formulações relativas ao modelo educacional

No contexto do processo de elaboração dos objetivos educacionais e institucionais da FCM/UNICAMP iniciado no ano anterior, produziu-se, em 1972, um documento intitulado "Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços", que continha a formulação inicial sobre o modelo de ensino médico a ser implementado pela FCM em Paulínia.

Partindo da crítica ao profissional formado pelas escolas médicas - considerado funcional a um sistema de saúde que privilegiava as ações sobre o indivíduo doente, baseadas no modelo liberal e privado de prática médica e dirigidas à demanda de maior poder aquisitivo e não às reais necessidades de saúde da população - e, também, da crítica à dualidade existente entre os sistemas de educação e de atenção médica, a proposta geral do Plano implicava na transformação da Faculdade de Ciências Médicas em Ciências da Saúde, passando a trabalhar no sentido da formação multiprofissional, inserida na rede de serviços.

A questão da preparação de um espectro mais amplo de profissionais, que comporiam equipes de saúde aptas a lidar com os principais problemas sanitários, estava na base do conceito de escola médica "inovada" e constituía-se num elemento marcante do modelo educacional proposto. Mas, sua característica fundamental residia na utilização de um conjunto de serviços, além do hospital-escola, como campo de formação profissional, colocando a escola médica em contato com o sistema de saúde e, em tese, com as necessidades de saúde da população.

A este respeito, o documento era claro: *"Do ponto de vista operacional, o que pretendemos é uma área que será o ponto de encontro dos serviços de saúde e da escola médica; e essas duas realidades, que de forma alguma podem se opor, deverão compor uma nova realidade e, então, não teríamos a educação médica "voltada" para a realidade, mas na realidade".* (UNICAMP/FCM,1972).

Tratava-se, assim, de uma nova concepção acerca da relação da escola médica com os serviços de saúde, que não implicava numa simples atividade de extensão, de caráter experimental, na "comunidade laboratório", mas da redefinição do papel da escola médica

visando ao estabelecimento de uma nova relação com o sistema de saúde que fosse transformadora, tanto para os serviços, quanto para o processo ensino-aprendizagem.

A partir de uma área de integração, e tendo por referência o modelo assistencial que nela seria constituído, propunha-se que o ensino se desenvolvesse em torno da observação de alguns campos temáticos: o funcionamento dos serviços de saúde e suas interrelações, os princípios que regem a prestação de assistência médica, as funções do pessoal auxiliar e as influências do nível de desenvolvimento social, na demanda por serviços médicos e no modo de utilizá-los.

A ação didática deveria inserir-se nos vários momentos do processo de implementação das práticas assistenciais e supunha uma estrutura curricular *flexível e dinâmica*, utilizando, preferencialmente, uma estratégia de ensino-aprendizagem baseada em *situações-problema*. Isto exigiria que, no nível da FCM, algumas mudanças estivessem sendo implementadas, como a introdução do planejamento curricular por objetivos, a criação de Laboratórios de Ensino em Saúde e a construção do hospital universitário. (UNICAMP/FCM,1972).

Este projeto educacional, centrado numa concepção pedagógica que tinha como eixo o trabalho-aprendizagem, colocou a necessidade de se discutir a questão da organização dos serviços onde o ensino se desenvolveria e, nesta perspectiva, comportou também a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, que se articularia ao projeto docente e a ela daria suporte.

O conjunto da proposta de integração ensino-serviço contida neste plano foi objeto de discussão nas instâncias universitárias, com vistas à definição de sua estrutura e normas de funcionamento, tendo sido institucionalizado como Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP, por uma portaria do reitor Zeferino Vaz, em dezembro de 1973. (UNICAMP,1973).

Após a elaboração do Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços, seguiu-se um segundo momento da formulação do projeto de Paulínia, no qual a

questão assistencial passa a assumir cada vez maior relevância, transformando-se no tema central, a partir do qual seriam traçadas as propostas para o ensino médico.

O novo objeto de análise, que viria a reorientar o processo de formulação de modelos dentro do projeto de Paulínia - a política de saúde e a organização dos serviços -, encontraria uma elaboração diferenciada dentro do departamento de Medicina Preventiva e Social, fruto da existência de mais de uma correntes de pensamento no seu interior. Os projetos delas resultantes, contudo, não divergiriam quanto à tendência em reservar à questão do ensino médico um lugar subordinado, por referência à questão assistencial, na formulação de suas propostas.

Para uma parcela do DMPS, o referencial para as mudanças no ensino médico continuava assentado nos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral. Disto resultava que o modelo educacional proposto por esta corrente preservava algumas características da experiência docente desenvolvida no BJO, principalmente no que diz respeito ao enfoque familiar e integral, só que agora não mais a partir do domicílio, mas ancorado nos serviços de saúde, que deveriam estar organizados tanto para o atendimento dos doentes, como para o acompanhamento dos sadios. Era dada ênfase, também, à questão da equipe de saúde, que desenvolveria ações de cunho individual e coletivo, destacando-se, nesta discussão, o papel do médico enquanto membro da equipe e a defesa da formação multiprofissional na rede de serviços.

Ao lado da orientação de caráter preventivista para o ensino a ser desenvolvido em Paulínia, foi construída uma outra proposta de modelo educacional, produzida pela corrente médico-social⁵⁰, à época hegemônica dentro do DMPS. Nesta proposta, o problema da educação médica e das relações que se estabelecem no processo ensino-aprendizagem foi analisado a partir do enfoque estruturalista, tendo como referência o trabalho de GARCÍA(1972) sobre a educação médica na América Latina.

A elaboração desta proposta partia de uma compreensão da educação médica como o campo onde se expressariam os interesses das classes hegemônicas que,

⁵⁰As denominações utilizadas, de corrente médico-social e preventivista, referem-se às formas de compreensão e análise do setor saúde e às propostas para a sua transformação e serão melhor explicitadas na discussão sobre o modelo assistencial.

controle seria realizado através da delegação de poder ao grupo docente que, por sua vez, estabeleceria com os alunos uma relação de dominação, ao deterem o controle sobre os meios de ensino. Em razão disso, afirmava-se: *"Não bastam reformas curriculares pois, somente com a ruptura das relações de dominação, tanto alunos como professores liberam-se de uma visão limitante de sua prática. Esta ruptura se dará através da "socialização" dos meios de ensino entre o corpo docente e discente que, como seres cognoscentes, em cooperação, os utilizam ao se colocar diante de uma realidade desafiante a ser conhecida."* (UNICAMP/FCM/DMPS,1974a).

Esta proposta continha uma enunciação de princípios, dos quais alguns são particularmente reveladores das concepções que a sustentavam:

- *"O processo ensino-aprendizagem é um processo de tomada de consciência, que se opera segundo uma dinâmica de ação - experiência - consciência".*
- *"A educação deve partir da prática (manual), indissociável da teoria (intelectual), numa postura de busca do saber. A tarefa educativa deve ser a problematização dessa prática-teoria".*
- *"Em substituição ao homem biológico-atomizado, o modelo teórico que determinará os níveis de antagonismo dentro do ensino médico é o homem como ser bio-psico-social, determinado historicamente em um conjunto de relações".* (UNICAMP/FCM/DMPS,1974a).

Considerando que o problema central da educação médica residia na separação histórica entre as atividades intelectuais e manuais, buscava-se superar esta dicotomia no modelo educacional, inserindo o processo ensino-aprendizagem no processo de trabalho da rede de serviços.

Desta forma, *"cada ato de saúde no interior da rede, e fundamentalmente nos níveis de predominância da saúde coletiva"*, era entendido como *constituindo "uma unidade*

composta de duas dimensões: trabalho-ensino/aprendizagem", o que significava que, simultaneamente à realização de um serviço, o estudante "aprende e ensina ao e com o sujeito do serviço". Na tensão intrínseca a cada ato de saúde, os dois componentes se distribuiriam diferencialmente, de acordo com a natureza da ação sanitária, admitindo-se inclusive que, "se, em última análise, o trabalho é o elemento gerador essencial do ensino-aprendizagem, em determinados atos ele pode relativamente ser subordinado." (UNICAMP/FCM/DMPS,1974a).

Dentro desta perspectiva, a determinação dos objetivos educacionais deveria basear-se no conjunto de problemas comunitários sobre os quais os serviços atuariam e a elaboração curricular conter as mesmas variações que determinam a organicidade da rede de serviços. Por fim, afirmava-se que, *"nas relações entre estudantes e população, esta deve ser considerada prioritária em qualquer tipo de problema que ocorra"*, numa clara explicitação de que o trabalho assistencial e de construção de uma consciência sanitária na população representavam o principal objetivo do projeto de trabalho comunitário desta corrente. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974a).

Analisando as propostas de modelo educacional formuladas no projeto de Paulínia, tomando como referência as diretrizes governamentais para o ensino médico, pode-se dizer que o plano inicialmente formulado pela FCM/UNICAMP, em 1972, antecipava-se às recomendações dos documentos da Comissão de Ensino Médico do MEC. A partir de meados dos anos 70, a política governamental começou a introduzir a discussão sobre os novos campos para as práticas de ensino, abrindo, timidamente, a possibilidade das unidades sanitárias serem utilizadas para este fim⁵¹, mas com o discurso mais explícito de integração com a rede básica, somente sendo assumido pelo MEC, ao longo da década de 80.

Com relação ao modelo presente no projeto médico-social, mantinha-se a idéia de inserção do ensino na rede de serviços de saúde, mas seu eixo fundamental residia na articulação entre trabalho e ensino-aprendizagem e em uma nova relação entre os sujeitos destes processos, o que afastava esta proposta do contexto das diretrizes governamentais,

⁵¹Diferentemente da proposta aqui analisada, as recomendações do MEC, conforme já discutido em outro capítulo, foram motivadas pela insuficiência de leitos hospitalares próprios, em grande número de escolas médicas privadas, gerando a necessidade de articular novas instituições de saúde e o espaço extra-hospitalar, para suprir as carências do ensino.

situando-a num espaço, não apenas entendido como pedagógico, mas, sobretudo, como de trabalho político junto à população, em conformidade com o projeto de oposição no qual se inseria.

B) As formulações relativas ao modelo assistencial

No processo de elaboração de propostas para a esfera assistencial dentro do projeto de Paulínia, a universidade, através da escola médica, constituiu-se na principal, senão única, formuladora de modelos. Ultrapassado o primeiro momento de formalização do convênio interinstitucional, cuja minuta traduzia muito pouco acerca da organização da assistência, apenas relacionando as atividades próprias às unidades sanitárias da Secretaria Estadual da Saúde, a FCM/UNICAMP assumiu não somente a elaboração de proposições relativas ao ensino, mas, também, passou a trabalhar conceitualmente a questão da organização dos serviços, articulando-a às propostas relativas à formação de pessoal em saúde.

A outra instituição participante do convênio, a Prefeitura do município, interessada direta na prestação de assistência à saúde de sua população, mas sem experiência ou quadros dirigentes nessa área, não apresentou propostas nem teve participação no processo de formulação do modelo assistencial, acatando as diretrizes elaboradas pela universidade.

O Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços, produzido pela FCM, em 1972, representou uma primeira elaboração a respeito da forma de organização dos serviços a serem implantados no município de Paulínia. Apesar de constituir-se, centralmente, numa estratégia de ensino das profissões da saúde, ao vincular esta formação às práticas de serviço, o Plano assumiu, em grande medida, a discussão assistencial, passando a traduzir a proposta institucional a respeito da organização da atenção à saúde, no projeto de extensão na comunidade.

O modelo assistencial proposto assentava-se nos princípios da *Medicina Integral* - a ação deveria se processar no indivíduo, na comunidade e no ambiente, considerando-se os vários níveis de prevenção a partir do modelo da história natural da

doença - , da *medicina integrada*, que envolveria a unificação de todos os serviços de saúde de determinada área, e da *hierarquização* em vários níveis de atenção à saúde⁵², pretendendo-se trabalhar a partir de uma situação experimental de serviço de atenção médica, da qual participariam os vários prestadores de serviços, incluindo a universidade.

Neste momento já se explicitava a idéia de trabalho conjunto com outras instituições de saúde, em especial do setor público, aparecendo como prováveis parceiros, além da Secretaria Estadual da Saúde, o Instituto Nacional de Previdência Social, o Fundo de Assistência Rural e a Refinaria da Petrobrás em Paulínia, dentro da perspectiva de produção de serviços ambulatoriais integrados.

O objetivo estratégico seria obter uma região experimental, onde se multiplicariam novos serviços e que seria constituída *por "um centro urbano com características industriais, uma área rural, e dimensões tais que possibilitem a instalação de uma rede de saúde em níveis de especialização crescente, até um hospital de referência"*. (UNICAMP/FCM,1972).

O formato organizacional do sistema, enquanto uma rede de serviços com cobertura regional e distintos níveis de complexidade tecnológica, representava a idéia central da proposta assistencial do plano e, com base neste modelo sistêmico, é que seriam realizadas as novas práticas docentes da escola médica.

Apesar de não trazer, explicitamente, uma análise do setor saúde, a proposta de reorganização dos serviços deixava transparecer as principais dificuldades que o grupo formulador, formado por docentes da escola médica, identificava no modelo assistencial dominante: o papel hegemônico das ações curativas e individuais e a crescente especialização do ato médico, ao lado da multiplicidade de serviços e de comandos, com

⁵²Neste ponto, afirmava-se: *"Teremos um Hospital de referência, Hospital Universitário, contando com os mais modernos recursos e situado no Campus Universitário. Logo a seguir, o chamado Centro de Saúde de Paulínia (na realidade Centro de Medicina Integral), que atuará na área como um centro de atenção médica ambulatorial com recursos tecnológicos razoáveis. O nível seguinte será constituído de sub-centros de saúde, situados em áreas de menor densidade demográfica, onde será efetuada uma medicina de primeira linha, por pessoal médico e paramédico. Finalmente, postos rurais, em que se resolverão os problemas mais correntes, por pessoal paramédico ou mesmo da comunidade. Desse modo, teremos uma escala iniciada pela medicina simplificada da zona rural e terminando com a sofisticação do hospital universitário de referência. O ensino e a pesquisa terão que ser, necessariamente, efetuados em todos os níveis."* (UNICAMP/FCM, 1972).

carência em determinadas áreas e superposição de oferta em outras, revelando a desorganização administrativa e a fragmentação institucional do setor.

Na tentativa de responder a esta situação e reorientar o modelo curativo, resgatava-se a proposta da Medicina Integral, agora ampliada de tal modo que, para além da visão do indivíduo como uma unidade bio-psico-social, também a ação sanitária fosse abrangente, por referência às várias etapas da História Natural das Doenças. Associavam-se à integração clínico-preventiva, alguns princípios ordenadores e racionalizadores para o setor saúde, como a hierarquização dos serviços e a integração interinstitucional de sua prestação.

O modelo de atenção presente no primeiro plano para Paulínia correspondia a uma avaliação setorial ainda incipiente, que problematizava os serviços, principalmente a partir da necessidade de responder à questão das relações da escola médica com o sistema de saúde. Tal necessidade decorria do fato de que a proposta de reforma do ensino médico, que, progressivamente, envolveria o conjunto das profissões da saúde, centrava-se na incorporação de novas experiências de ensino-aprendizagem em serviço e numa concepção ampliada dos espaços assistenciais em que elas deveriam ocorrer, exigindo assim, da escola médica, que ela se situasse frente ao sistema de saúde. Nesta perspectiva, já admitia-se seu papel, não só de prestadora de serviços, mas, também, sua função de refletir sobre a organização da assistência e de propor reformas também a este nível.

No processo de formulação de um modelo assistencial para Paulínia, neste primeiro período, pode-se identificar um segundo momento de geração e sistematização de propostas, em que a questão assistencial, deslocando parcialmente a temática do ensino, assume um lugar privilegiado, passando a dominar a preocupação dos formuladores e transformando-se no núcleo central de análise e elaboração de propostas.

Este momento da formulação envolveu, principalmente, os atores pertencentes ao departamento de Medicina Preventiva e Social que, a partir dos questionamentos relacionados à abordagem utilizada na experiência do BJO e dentro do referencial teórico da Medicina Social, vinham problematizando a questão da saúde-doença e da organização do

cuidado médico e suas relações com a estrutura social, no sentido de compreender os determinantes da crise do setor e de construir alternativas para sua superação.

A problematização em torno da assistência trazia, ainda, um interesse específico em trabalhar nos serviços tendo como referência a população, vista não apenas como portadora de necessidades na área da saúde mas, também, como potencialmente capaz de tornar-se participante do processo de construção e de organização dos serviços.

Esta perspectiva de trabalho inseria-se no projeto de um grupo mais restrito, pertencente à corrente médico-social do DMPS, com um discurso próprio, articulado a um projeto político de transformação social, que concebia o espaço dos saberes e das práticas sanitárias como um campo estratégico para a luta política⁵³. As reflexões deste segmento encontravam seu referencial de análise na vertente histórico-estrutural do pensamento marxista, entendendo a Medicina, no modo de produção capitalista, como desempenhando uma dupla função, de reprodução da força de trabalho e, através do conteúdo ideológico de suas práticas, de manutenção das relações sociais de produção. (GARCÍA,1983).

Determinada historicamente e sujeita aos interesses da classe dominante, a ciência médica, contudo, em seu desvio biologicista, estaria requerendo uma tecnologia cada vez mais sofisticada e cara, mas que se mostrava, ao mesmo tempo, incapaz de solucionar os problemas de saúde gerados pela própria estrutura de produção capitalista, como a pobreza e a alienação, configurando uma contradição com o sistema e passando a suscitar a busca de alternativas para superá-la.

No interior desta análise, a Medicina de Comunidade era especialmente criticada, por ser considerada uma alternativa limitada de reforma, de cunho principalmente ideológico, que pretendia, através da extensão do consumo, diminuir as tensões sociais sem desencadear mudanças no nível estrutural.⁵⁴

⁵³Este segmento do DMPS vinculava-se politicamente ao Partido Comunista Brasileiro que, àquela época, encontrava-se na ilegalidade.

⁵⁴ Entre os mecanismos utilizados pelos programas de desenvolvimento da comunidade e pela Medicina Comunitária no controle ideológico das populações, salientava-se a tentativa de ocultamento dos antagonismos de classe, através da ênfase nos interesses comuns entre os indivíduos e do direcionamento da mobilização da comunidade, em torno de objetivos localizados no nível do consumo e não no nível das relações de produção. Além disso, a eleição das necessidades locais como motor para os programas comunitários considerava que os problemas, não apenas eram locais em sua manifestação, como também em sua origem, ocultando, assim, suas determinações estruturais. (UNICAMP/FCM/DMPS, s.d.2). Esta linha de análise foi desenvolvida, de forma mais completa, em DONNANGELO & PEREIRA (1979).

A estratégia política do grupo deixava clara a preocupação com a busca de "brechas" institucionais no próprio campo de sua atividade profissional, através das quais pudessem realizar uma prática política específica, articulada a um projeto de transformação social⁵⁵. Neste sentido, o campo da saúde e a atividade universitária nele inserida representariam espaços institucionais, a partir dos quais se buscava trabalhar para a construção de uma consciência sanitária na população, primeiro passo para se alcançar uma consciência social e política capaz de ser geradora de mudanças.

A utilização destes espaços não seria, contudo, isenta de contradições, já que se consideravam a educação e a escola médicas como tendo uma função ideológica de reprodução social. Ao mesmo tempo, o estudante de medicina, por sua origem e identidade de classe, representaria uma potencial oposição às transformações estruturais, muito embora se esperasse, de grupos estudantis selecionados, a adesão ao projeto político-ideológico em questão.

Em razão disto, o grupo formulador enunciou um *primeiro discurso*, ou discurso político, em que levantava a necessidade de uma mudança de estratégia, consistindo na realização de um *descentramento* da atividade universitária, desde o estudante de medicina até as classes populares, re-situando o saber médico nos marcos de uma ação política mais ampla.

Propondo-se a trabalhar no nível das instituições médicas e tendo por referência o campo particular das práticas sanitárias desenvolvidas em um Centro de Saúde, o grupo assim enunciava como deveria ser redirecionado o modelo assistencial: *"A consulta médica propriamente dita deixa de ser o centro e a razão-principal do funcionamento da instituição. Pelo contrário, os períodos pré e pós consulta passam a ser prioritários. Nesses períodos serão desenvolvidas atividades de trabalho em grupo e trabalho-aprendizagem, visando a*

⁵⁵ O seguinte trecho das reflexões do grupo evidenciava esta perspectiva: *"Partindo da tríade básica do trabalho universitário, ensino - pesquisa - serviço, trata-se de colocar em função de uma estratégia o próprio saber, mantido até agora sob domínio da classe dominante. Como de início as ações deverão estar contidas em uma instituição (escola médica) elas deverão ser revestidas de um segundo discurso, que as fundamente, como também um segundo conjunto de ações, que as suportem do ponto de vista legal e que as reforcem do ponto de vista técnico. Em síntese, trata-se de discutir quais os caminhos que se abrem para um grupo que assuma uma posição revolucionária e que encontra-se no campo médico. Trata-se de discutir a medicina como instrumento político, em saber como a medicina suporta um trabalho de liberação"*. (UNICAMP/FCM/DMPS, s.d.1).

apropriação do conhecimento médico (pela população), (...) tanto no que se refere a atividades clínicas diagnósticas e terapêuticas como a aquisição da metodologia básica de investigação científica, que lhe permitirá o conhecimento de sua própria realidade." (UNICAMP/FCM/DMPS,s.d.1).

Esta *desprofissionalização* da Medicina, a partir da ruptura do monopólio do saber médico⁵⁶, supunha uma reconceitualização da saúde que, deixando de ser definida no interior do processo de produção capitalista, passaria a apoiar-se na idéia de não alienação do trabalhador. Especificamente na área da saúde, a "desalienação" dizia respeito à consciência do próprio corpo e de suas necessidades, esperando-se, como resultados de uma prática político-pedagógica, a capacitação das classes trabalhadoras para o autocuidado e para participar da gestão dos serviços de saúde.

A contradição em se utilizarem as instituições médicas, com seus instrumentos considerados repressivos e autoritários, para um trabalho de conscientização das classes populares, era vista como podendo ser superada a partir do momento em que a população criasse seus próprios instrumentos de promoção da saúde, os Centros de Saúde populares, que viriam a se constituir em núcleos de organização política das classes populares. (UNICAMP/FCM/DMPS,s.d.1). A proposta de um trabalho político junto à população utilizando o campo da saúde pretendia, secundariamente, atrair estudantes e profissionais da área que representassem potenciais aliados e que, integrados ao trabalho experimental, teriam possibilidades de se tornarem agentes reprodutores do processo de geração de consciência sanitária e de consciência de classe na população.

O conjunto de idéias e proposições que compunham este discurso político foram objeto de tradução para a forma de um *segundo discurso*, neutralizante, oficial, mais adequado ao objetivo de discussão das diretrizes de um trabalho de comunidade, nos fóruns acadêmicos responsáveis pelo suporte institucional da experiência - a universidade e a escola médica.

⁵⁶ Este processo não era colocado pelo grupo como substitutivo da ação política orgânica, realizada através de movimentos, organizações e partidos ligados ao proletariado, mas concebido para inserir-se num processo social em curso, contribuindo para seu aprofundamento através da esfera da saúde e assumindo, sobretudo, a função de demonstração de um método de trabalho político com a população.

O discurso oficial da corrente médico-social do DMPS apoiava-se numa análise do setor saúde, que o diagnosticava como em *crise de realização*, em virtude do alto custo e do baixo impacto da tecnologia médica, frente às necessidades de saúde da maioria da população, criticando o modo dominante de exercício da Medicina, baseado num processo de trabalho progressivamente especializado, tecnificado e centralizado no modelo clínico hospitalar.

Mas, a crítica principal à ineficácia setorial referia-se ao objetivo para o qual se dirigia a prática médica. Utilizando-se o esquema da História Natural da Doença, propunha-se uma atuação dirigida aos determinantes do processo saúde-doença, introduzindo-se a dimensão coletiva do trabalho médico, pela incorporação do modelo epidemiológico, e buscando-se superar a inversão que as práticas dominantes realizavam: *"A parte preponderante do setor saúde centra-se no diagnóstico e terapêutica e isto contém uma série de problemas que ultrapassam a preponderância da chamada Medicina Curativa sobre a Medicina Preventiva, já que prestigiar o diagnóstico e a terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causação e, na medida em que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando, mesmo nos níveis de promoção e proteção à saúde, um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização"*. (AROUCA,s.d.)

O sistema de prestação de serviços era avaliado pelo grupo como inadequado para o efetivo atendimento das reais necessidades de saúde da maioria da população - seria funcional apenas à incorporação tecnológica e de capital em determinadas áreas de maior complexidade -, configurando um modelo de atenção caracterizado por ser *"escasso, descontínuo, de pouca acessibilidade, atomizado, impessoal, curativo e predominantemente sintomático"*. (AROUCA,s.d.).

Da situação crítica do setor saúde participaria, igualmente, a educação médica, à medida que a formação profissional se dirigia mais às demandas do sistema de prestação de serviços que às necessidades de saúde da população, o que incluía também os serviços próprios das escolas médicas: *"Os chamados serviços universitários em sua estrutura e*

organização refletem em alguns casos a imagem da prestação de serviços em seus limites, quando alcançam mínimos de cobertura e seguimento com alta densidade tecnológica e um altíssimo custo". (AROUCA,s.d.). Esta situação definiria os contornos de uma outra crise, que foi designada como de cunho *ideológico*, e na qual se questionaria a funcionalidade e a centralidade do paradigma hospitalar calcado na clínica (biológico, curativo e individual), como suporte dominante na formação dos futuros médicos.

Na formulação de uma proposta para a superação da crise do setor saúde, duas alternativas foram contempladas por esse grupo, expressando-se no seu discurso oficial. A primeira, recusada de antemão, considerava a crise como decorrente da falta de racionalidade do sistema de saúde, propondo que *"a solução estaria ao nível de uma racionalização ampliada (...) do sistema de prestação de serviços no sentido de promover uma melhor distribuição dos recursos existentes o que, supostamente, levaria a um aumento dos benefícios do setor com minimização dos custos operacionais"*. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974b).

Esta saída, chamada de "tecno-burocrática" pela corrente médico-social, era descartada por seu caráter parcial e despolitizado⁵⁷, constituindo-se numa resposta que não consideraria os determinantes mais gerais da saúde coletiva - as condições de vida, as relações humanas, as relações de produção. Limitava-se, apenas, a equacionamentos no sistema prestador de serviços (oferta/demanda/custos), na "ilusão" de que, com sua racionalização, fosse possível atingir a distribuição equitativa de uma assistência cada vez mais cara⁵⁸.

Na crítica à solução tecnoburocrática encontrava-se subjacente uma reconceituação do processo saúde-doença que, apoiada nas idéias de CANGUILHEM (1971), defendia o *"distanciamento existente entre o fenômeno da saúde/doença como objeto da ciência e como experiência de sujeitos concretos no processo da vida"*, atribuindo-se à saída

⁵⁷ "Designamos esta alternativa como tecnoburocrática, porque se fundamenta na racionalização que, juntamente com a despolitização, constitui a ideologia da tecnoburocracia". (UNICAMP/FCM/DMPS,1974b).

⁵⁸ Na apreciação da viabilidade desta alternativa, encontrava-se a preocupação com o atendimento, principalmente nos países de terceiro mundo, aos princípios da equidade do cuidado à saúde entre os diferentes grupos sociais e, ao mesmo tempo, da universalidade do acesso aos serviços e à tecnologia médica disponível, rechaçando-se as propostas de ampliação da cobertura assistencial através de serviços simplificados, realizados por profissionais não médicos.

racionalizadora uma compreensão da saúde apenas como negação da doença. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974g).

Opondo-se a tal concepção, o grupo colocava outra alternativa, que era assumida como sua proposta para a superação da crise no setor saúde. Esta alternativa partia da crítica ao privilegiamento da assistência médica no interior da política setorial e propunha o redirecionamento das prioridades, no sentido da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde coletiva - o chamado *complexo de causas* -, a partir do qual se redimensionaria o lugar hegemônico ocupado pelas práticas curativas na estratégia setorial.

Apoiando-se instrumentalmente nas práticas pedagógicas, era proposta a *redistribuição* das funções e dos papéis dos agentes de saúde, através da socialização do conhecimento médico, que, apropriado por elementos da população, lhes permitiria transformar sua visão de mundo e atuar mais amplamente na área da saúde, ultrapassando os limites do autocuidado para chegar ao controle da saúde coletiva: *"Assim, (...), não se trata de, através da racionalização, tentar promover uma distribuição dos serviços de saúde em seu padrão atual, mas sim, em testar uma distribuição dos recursos e dos agentes em vários níveis de organização, através de uma transformação da tecnologia médica, em que a cada nível corresponda um certo grau de combate ao "complexo de causas" e uma suficiência social diante da dicotomia saúde coletiva/saúde individual"*. (UNICAMP/DMPS/LEMC,s.d.).

A proposta supunha a criação de serviços concebidos dentro de uma nova dinâmica de intervenção sanitária, que buscava responder tanto às necessidades individuais como coletivas, o que se concretizaria através da constituição de uma rede com vários níveis de complexidade, *"cada um com uma racionalidade própria, derivada de seu impacto diferencial sobre o binômio saúde individual/saúde coletiva"*. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974b).

Defendendo esta alternativa para a superação da crise da saúde, o grupo elaborou uma proposta detalhada para a rede de serviços, dentro do que se concebeu como um programa experimental apoiado na redistribuição do conhecimento médico. Nela podem-se identificar as principais características formuladas para o modelo assistencial a ser implementado em Paulínia:

- presença de níveis assistenciais distintos, por referência à dinâmica entre saúde coletiva e individual, sendo que nos níveis periféricos da rede predominariam as ações coletivas e, nos níveis mais centrais, aquelas voltadas para o atendimento individual, com uma crescente diferenciação tecnológica e distintas formas de organização do processo de trabalho em saúde nos diferentes níveis;
- constituição de equipes, ou agentes coletivos de saúde, integradas também por setores da população, que atuariam principalmente sobre os problemas de saúde coletiva;
- participação da comunidade no processo de decisão sobre os programas e ações de saúde;
- recurso ao instrumental técnico da Epidemiologia, do Planejamento e da Administração, para auxiliar na organização da prestação de serviços e nos processos decisórios e administrativos;
- postura crítica relativamente à incorporação e utilização da tecnologia médica, nos diferentes níveis de complexidade da rede;
- possibilidade do modelo assistencial ser total ou parcialmente reproduzível.

A análise da proposta mostra a existência de dois aspectos especialmente marcantes. O primeiro dizia respeito à tentativa de se encontrar um novo paradigma para as relações médico-paciente e serviço-população, baseado na redistribuição do conhecimento médico e em sua apropriação pelos setores populares, buscando criar uma competência social diante do processo saúde-doença, particularmente na área da saúde coletiva.

O segundo aspecto referia-se à centralidade do conceito de trabalho no modelo assistencial que se propunha. Ao lado do seu entendimento como elemento importante na determinação social da doença, a compreensão do trabalho do médico e dos outros profissionais de saúde, para além do seu caráter puramente técnico, considerando-o também como prática social, implicava o redimensionamento dos papéis dos agentes no interior do projeto. Desta forma, deveriam conformar-se equipes onde, buscando superar a fragmentação e a alienação do trabalho, os agentes assumiriam uma função polivalente,

atuando sobre a saúde individual e coletiva, enquanto técnicos e enquanto educadores em saúde, numa tarefa política relacionada à formação da consciência sanitária na população.

Na formulação do modelo assistencial, a questão da **educação sanitária** constituiu-se, particularmente, em objeto de reflexão e elaboração, realizadas a partir do conceito ampliado de trabalho em saúde. Partindo da crítica à subordinação da educação em saúde à prática médica dominante, ao seu caráter paternalista e autoritário e ao sentido tradicional de sua intervenção - a proteção contra as doenças - referenciado aos marcos biológico e patológico, propunha-se um novo modelo de trabalho educativo que partiria dos conteúdos do conhecimento popular, reelaborando conceitos e promovendo a redistribuição do conhecimento médico, numa perspectiva em que a educação *"deixaria de ser reduzida a uma mera função dos programas de saúde para se tornar um instrumento de ação da população"*. (PELLEGRINI FILHO et al.,1974).

Articulando-se com a proposta de construção de uma rede hierarquizada de serviços, a educação para a saúde teria papel prioritário sobretudo nos níveis mais periféricos, promovendo a capacitação da população para que assumisse o controle das ações de saúde coletiva. Neste sentido, afirmava-se: *" (...) a educação para a saúde sempre se colocou como um instrumento para a imposição da racionalidade dos níveis de maior complexidade, voltados para a saúde individual, em todo o sistema. Em linhas gerais, a tarefa que se propõe o novo trabalho educativo é, partindo do reconhecimento da existência de várias racionalidades, promover a possibilidade de emergência de uma nova racionalidade, no caso a que se coloca no nível periférico da rede, e que se fundamenta na participação da população"*. (PELLEGRINI FILHO et al.,1974).

O trabalho de elaboração teórica realizado pela corrente médico-social não representou, contudo, a única via de formulação de um modelo assistencial a ser implantado em Paulínia. Outros setores do departamento de Medicina Preventiva e Social, portadores de idéias ou projetos médico-sanitários distintos, também participaram deste processo, defendendo seus próprios modelos e disputando espaços na configuração final do projeto de trabalho da universidade, naquele município.

Um momento particular de reflexão e confronto de propostas ocorreu por ocasião do Seminário sobre Medicina de Comunidade, realizado no DMPS, em junho de 1974, do qual participaram todos os seus membros, além de colaboradores de outros departamentos da FCM (Pediatria e Neurologia). Ainda que o material produzido no Seminário tenha refletido a hegemonia da proposta da corrente médico-social, é possível identificar, também, as outras concepções presentes, e minoritárias à época, dentro do DMPS.

A corrente que denominamos de preventivista defendia a reprodução do modelo assistencial experimentado no BJO e que se inspirava nos princípios da Medicina Integral e Preventiva, apoiando a manutenção de um conjunto de programas, como a Clínica de Família e a Saúde Escolar, associados a atividades de educação sanitária desenvolvidas nos moldes tradicionais da Higiene, além dos trabalhos de promoção da comunidade.

Nos documentos produzidos por ocasião das discussões sobre o projeto de Paulínia, ocorridas no DMPS, é possível apreender a influência das proposições deste grupo na formulação de princípios que orientariam as práticas de saúde, em especial buscando manter, no novo projeto, o modelo da Medicina de Família. Nesta perspectiva, era assim enunciado o princípio da integralidade do cuidado à saúde: *"Todas as ações de cuidado à saúde devem considerar o indivíduo como uma unidade bio-psico-social e como parte de um núcleo familiar e integrante de sua comunidade. Para o Programa de Saúde da Comunidade, o núcleo básico de ação é a unidade familiar"*. (UNICAMP/FCM/DMPS, 1974d)

Com relação à conformação da estrutura dos serviços de saúde, porém, havia concordância quanto à necessidade da adoção do modelo de rede, construída a partir de critérios de regionalização e hierarquização dos serviços e envolvendo um trabalho de integração interinstitucional.⁵⁹

⁵⁹ Neste ponto, os defensores do modelo preventivista assim se expressavam: "A Rede de Serviços de Saúde tem por objetivo geral enaltecer a dignidade da vida dos cidadãos. (...) A estrutura da organização do programa seguirá um sistema de regionalização (...) cuja base estará localizada na periferia (zona rural) e em cujo vértice se colocará o Hospital das Clínicas da Universidade. Será composto de vários níveis de prestação de serviços, os quais serão elementares na base da pirâmide e se farão cada vez mais complexos à medida em que se aproximarem do vértice. (...) Será um sistema integrado, no qual existirá uma íntima relação e coordenação entre os vários níveis. Cada nível, inclusive o rural, poderá estar dotado de instituições de diferentes tipos". (Jornal Diário do Povo, 1974).

De uma forma um tanto difusa pode-se verificar, também, a existência de alguns atores dentro do DMPS que se identificavam com uma proposta de modelo assistencial de caráter racionalizador, apoiada na concepção universalista e sistêmica de um conjunto de princípios norteadores da prestação de serviços, não problematizando a crise do setor saúde a partir de seus determinantes mas privilegiando a questão técnico-organizacional.

Os docentes que se alinhavam a esta concepção, inspirada nos conceitos e métodos do planejamento normativo em saúde, apesar de discordarem do modelo da Medicina Social, não o confrontaram com um outro projeto, alternativo, para Paulínia, mas aderiram ao grande projeto institucional oficial de inserção do ensino na rede de serviços, sem romper com a Medicina Familiar e a Medicina Integral.

Esta tendência encontraria apoio, também, entre os dois assessores latinoamericanos, um do Chile e outro da Argentina, contratados através do convênio UNICAMP-Fundação KELLOGG para dar suporte técnico à equipe do projeto, nas áreas de planejamento em saúde e de educação médica, e que, mesmo não tendo participado diretamente da formulação inicial do P.S.C., ainda assim exerceram influência sobre os seus rumos, defendendo uma posição tecnicista e racionalizadora nas discussões ocorridas dentro do DMPS.

A corrente elaborou um enunciado de vinte e três princípios, que se referiam ao usuário dos serviços e à forma, à técnica e à organização do cuidado à saúde e às relações com a comunidade. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974d). Em alguns princípios admitiam-se conceitos importantes, como a saúde enquanto direito inalienável de todo indivíduo e a necessidade de que o cuidado à saúde fosse acessível, oportuno, permanente, igualitário, de boa qualidade e com participação das pessoas da comunidade nas decisões e nas ações dos serviços.

Ao enunciado de grande parte dos princípios, porém, somava-se a preocupação com a questão do custo-benefício das ações de saúde, com o rendimento, a produtividade, a eficiência e a economia do cuidado e com a necessidade de se estabelecerem condicionantes dependentes da disponibilidade de recursos, de modo coerente com a orientação racionalizadora da prestação de serviços.

O processo da formulação de uma proposta assistencial para Paulínia foi, assim, marcado pela disputa entre os distintos projetos médico-sanitários existentes no interior do DMPS, heterogêneos quanto ao recorte político-ideológico de suas análises e propostas para a área da saúde. Apesar desta heterogeneidade, pode-se identificar a existência de um certo consenso em torno de determinados aspectos do modelo assistencial, como a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, dentro dos princípios da integralidade e universalidade da atenção, onde se articulariam ações de caráter individual e coletivo, com ênfase na organização dos serviços básicos, na educação e na participação popular.

Ao analisarmos as propostas relativas à vertente assistencial do projeto de Paulínia, tendo por referência a dinâmica da política de saúde no período considerado, é possível verificar um descompasso entre o modelo assistencial proposto e a situação mais geral da atenção à saúde no país, no início da década de 70, marcada pela hegemonia da assistência médica individual, curativa e centrada no hospital e que, após a unificação dos institutos previdenciários ocorrida nos anos 60, sofreria uma expansão, apoiada num perfil de intervenção estatal no setor saúde caracterizado pela centralização, privatização e acentuação da dicotomia preventivo-curativo. No contexto de marginalização da saúde coletiva pela política setorial nacional, as propostas de reorganização da atenção à saúde com base nos princípios formulados no projeto de Paulínia não encontravam qualquer ressonância ou apoio governamental.

O afastamento do projeto de Paulínia dos modelos de prestação de serviços existentes manter-se-ia, mesmo após os planos de extensão da cobertura assistencial postos em prática pelo governo federal a partir de meados dos anos 70, cujas estratégias implicavam, ou na ampliação da compra de serviços ao setor privado (PPA), ou na implantação de cuidados simplificados à saúde em áreas carentes (PIASS).

No plano estadual e tendo por referência a situação específica da política implementada pela Secretaria de Saúde de São Paulo, há que se assinalar que o processo de incorporação da assistência médica individual nos Centros de Saúde estaduais, ocorrido após a Reforma Administrativa de 1967, introduziria um novo elemento às formas

tradicionais de intervenção sanitária destas unidades. Isto, em certa medida, viria ao encontro do modelo assistencial proposto para o Centro de Saúde-Escola de Paulínia e que se orientava pela busca da articulação entre as práticas de saúde coletiva e aquelas relacionadas à assistência médica, avançando na questão do cuidado individual e da participação da população na gestão dos serviços.

No que diz respeito à participação das distintas esferas de governo na prestação de assistência, o projeto de Paulínia continha proposições reordenadoras, que envolviam uma concepção de trabalho integrado regionalmente entre as instituições de saúde e em que o poder público local era considerado parceiro na gestão dos serviços de saúde, embora com uma participação pequena na prestação direta da assistência médico-sanitária. Esta proposta diferenciava-se da situação mais geral vigente no período, em que o papel dos municípios era o do exercício precário das tradicionais atribuições de higiene pública, com uma presença quase inexistente na área assistencial, seja no que se refere à criação de serviços de saúde, seja na sua manutenção e gestão político-financeira que, quando ocorria, reduzia-se à oferta de serviços tipo pronto-atendimento, com baixa capacidade resolutiva.

4.2.2. A implantação e a implementação do projeto de Paulínia

O Programa de Saúde da Comunidade teve sua implantação localizada no município de Paulínia, a partir do qual se pretendia realizar a difusão dos modelos assistencial e de ensino de forma que se constituísse, a médio e longo prazos, uma rede de serviços públicos de saúde abrangendo, progressivamente, os demais municípios da região administrativa de Campinas.

O município de Paulínia, que contava com aproximadamente 12.500 habitantes, à época do início do projeto (CAMPOS et al., 1973), vinha passando por significativas transformações em seu perfil sócio-econômico e demográfico, no contexto dos crescentes processos de industrialização e urbanização ocorridos a partir do final dos anos 60⁶⁰, em

⁶⁰A taxa de urbanização do município de Paulínia evoluiu de 15,8%, em 1960, para 33,9%, em 1970, tendo alcançado 92,0% em 1980. (IBGE, 1960/1970/1980).

virtude da construção da Refinaria da PETROBRÁS, primeira etapa da constituição do pólo petroquímico que viria a se instalar no município, na década de 70, conforme a política do governo federal.

A transição de um perfil rural para um perfil urbano-industrial foi acompanhada de um crescimento populacional de caráter principalmente migratório, que se refletiu no setor saúde pelo aumento da demanda real e potencial por assistência médica, o que viria a se constituir numa das principais motivações para o interesse do poder público local na realização de um trabalho conjunto com a Secretaria Estadual da Saúde e a UNICAMP, que permitisse ampliar a oferta de serviços na área da saúde.

Como ocorria com os demais municípios pequenos da região, grande parte da demanda por assistência médica da população de Paulínia canalizava-se para Campinas, onde era atendida nos serviços previdenciários e, em menor proporção, nos serviços conveniados com empresas e em clínicas privadas. (CAMPOS et al.,1973).

Do ponto de vista assistencial, o município contava com uma unidade da Secretaria Estadual da Saúde, com atendimento basicamente em Puericultura e alguns horários de clínica geral, e um pequeno Pronto Socorro Municipal, que funcionava no próprio prédio da Prefeitura, além de alguns poucos consultórios médicos privados. Na fase inicial de implantação do projeto, este quadro assistencial não sofreu mudanças significativas, a despeito da incorporação de novas ações de assistência médica e de Saúde Pública à rotina do Posto de Saúde existente.

O período imediatamente posterior à assinatura do convênio entre a Prefeitura Municipal, a SES/SP e a UNICAMP, para a criação do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, ocorrida em junho de 1971, caracterizou-se, sobretudo, pela busca das condições concretas necessárias ao desenvolvimento do modelo assistencial, envolvendo não somente questões administrativas e financeiras, relacionadas à viabilização da futura unidade, como também o estabelecimento de algumas estratégias políticas de estreitamento das relações interinstitucionais.

Nesta última perspectiva é que se podem inserir as campanhas "relâmpago" de imunização múltipla de crianças do município, assumidas pelo DMPS/UNICAMP, em resposta ao interesse da Secretaria Estadual da Saúde em testar este modelo de intervenção sanitária, visando reproduzi-lo em outros locais ⁶¹.

As ações conjuntas do DMPS com a Secretaria de Saúde, ao receberem uma expressiva divulgação local e regional⁶² e obterem repercussão política, transformaram-se em instrumentos de propaganda do projeto dentro da FCM e fora dela e permitiram ampliar as relações entre as instituições envolvidas, para além dos limites do convênio-padrão que fora assinado.

Outro exemplo de trabalho conjunto experimentado na fase mais precoce do Programa de Saúde da Comunidade, agora com uma maior participação também da Prefeitura Municipal, foram as discussões e o planejamento das ações relativas ao problema da Esquistossomose, cuja transmissão autóctone foi detectada na região de Paulínia, no final de 1971, mobilizando, inclusive, outros setores e municípios no seu controle.

Entre as tarefas de caráter administrativo empreendidas nesta fase, devem-se destacar as gestões efetuadas pela coordenação do Programa de Saúde da Comunidade e pela direção da FCM/UNICAMP junto à Fundação W.K.Kellogg, ao longo do ano de 1972. O objetivo era obter apoio técnico e financeiro para as atividades previstas no Programa - em especial aquelas de criação, junto ao DMPS, dos Laboratórios de Educação para Medicina de Comunidade (LEMC) e de Morbidade e Atenção Médica (LMAM), além do treinamento de docentes no exterior e da contratação de assessorias técnicas nacionais e/ou internacionais⁶³. A proposta foi aprovada pela Fundação Kellogg, tendo sido firmado convênio para um período de três anos, iniciando-se em 1973.

61.A primeira campanha de imunização múltipla, realizada em setembro de 1971, abrangeu 1837 crianças de 2 meses a 6 anos, das zonas urbana e rural, que foram vacinadas em menos de uma hora. Dela participaram estudantes dos primeiros anos de graduação da FCM/UNICAMP, o que se repetiria por ocasião da segunda fase da campanha, em novembro do mesmo ano.

62.Os jornais da região, além de O Estado de São Paulo e da Folha de São Paulo, registraram amplamente a realização da campanha, que trouxe ao município o governador Laudo Natel e o secretário estadual da saúde, Mário Machado de Lemos.

63O aperfeiçoamento de pessoal docente e a contratação de professores visitantes inseria-se na perspectiva de criação do curso de pós-graduação da FCM/UNICAMP.

O P.S.C. da UNICAMP foi implementado a partir de um conjunto de ações e programas que, de alguma maneira, expressaram as propostas das distintas correntes existentes no interior do departamento de Medicina Preventiva e Social e cujas concepções acerca do modelo assistencial a ser desenvolvido em Paulínia, já haviam disputado espaço no processo de formulação do projeto. A expressão de tais correntes, no trabalho concreto em Paulínia, ocorreu de maneira gradual, à medida que as condições eram propícias para o desenvolvimento de determinadas ações ou programas mais identificados com as propostas do grupo formulador para a área de integração ensino-serviço.

Na fase de implantação do projeto, as tarefas relativas a sua viabilização técnico-administrativa foram realizadas pelos docentes ligados à corrente preventivista, que assumiram o gerenciamento do P.S.C. e os contatos com as instituições participantes, o que, em sua própria avaliação, evidenciava o interesse em assumir um papel ativo na área da saúde do município e trabalhar em conjunto com os demais parceiros institucionais nas intervenções que se iam delineando⁶⁴.

As atividades médico-assistenciais propriamente ditas foram iniciadas em 1973, na unidade sanitária já existente no município, um Posto de Puericultura, cujas limitações de espaço físico e de profissionais faziam com que sua atuação fosse muito restrita, inclusive no que se refere à população infantil, que somente era atendida até os três anos de idade.

A implantação do P.S.C., no contexto da existência de um programa já em funcionamento na unidade, realizado nos moldes tradicionais dos programas de Puericultura⁶⁵, ao lado das limitações do serviço para responder à demanda da população por assistência médico-sanitária, constituiu-se no primeiro desafio concreto, de caráter assistencial, colocado para os atores ligados à corrente preventivista, que assumiram a coordenação da unidade. Esta situação definiu, de uma certa forma, as ações iniciais do projeto no município, dirigidas à população infantil ainda não coberta pelo serviço e que, vinculada às escolas públicas, poderiam ser objeto de uma atuação extramural.

⁶⁴Entrevista de Roosevelt M. S. Cassorla para esta pesquisa.

⁶⁵Este modelo assistencial correspondia àquele dos programas do tipo "vertical permanente especializado", realizados pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. A este respeito, ver MERHY.1990.

⁶⁶Cabe registrar a prioridade do grupo materno-infantil na política governamental de saúde e nas recomendações das organizações internacionais, como a OPS, no início da década de 70, em função da elevação da mortalidade infantil, observada entre os efeitos deletérios do milagre econômico.

A partir dos programas, de saúde do pré-escolar e do escolar, novas ações médico-assistenciais e educativas foram sendo implantadas, como o Programa de Atenção Materno-Infantil⁶⁶, as ações dirigidas à saúde do adulto e as atividades de educação e promoção da saúde, nos bairros e grupos da comunidade. No desenvolvimento de cada uma destas ações ou programas é possível identificar características das propostas assistenciais defendidas pelas correntes formuladoras do P.S.C., conformando modelos de atenção combinados, em que também se faziam notar alguns elementos dos modelos vigentes nas instituições de Saúde Pública⁶⁷.

A corrente preventivista implementou programas que, resgatando práticas já desenvolvidas pelo DMPS no bairro Jardim dos Oliveiras, apoiavam-se no *screening* clínico-laboratorial de crianças e adultos supostamente sadios, com o intuito de detectar precocemente problemas de saúde e intervir na História Natural das doenças mais prevalentes.

O seu modelo de intervenção comportava um componente educativo, cujos conteúdos, dirigidos aos indivíduos e às famílias, centravam-se na higiene e na prevenção de doenças, associando-se, muitas vezes, ações médicas de recuperação da saúde, na perspectiva da prestação de cuidados integrais.

Os modelos clínico-preventivo e médico-assistencial estiveram presentes, com maior ou menor ênfase, em vários programas implementados no primeiro período do projeto de Paulínia, expressando-se, porém, de modo mais hegemônico, nas ações relacionadas à saúde escolar e à saúde do adulto.

Outros programas, intra e extramurais, tiveram como referencial o projeto da corrente médico-social e utilizaram-se da ação educativa, envolvendo a participação dos indivíduos e grupos sociais, com o objetivo expresso de desenvolver a consciência sanitária da população e criar uma competência social diante do processo saúde-doença.

No contexto das ações implementadas em Paulínia, o programa de Puericultura, pertencente ao Programa de Atenção Materno-Infantil, e as atividades específicas

⁶⁷Entre eles, o vertical permanente especializado e o modelo de rede local permanente. (Merhy,1990).

desenvolvidas pela Coordenadoria de Promoção da Saúde, junto a grupos da comunidade e na organização do Conselho do CSE, podem ser tomados como representativos do eixo central educativo e participativo, proposto pela corrente médico-social.

Em grandes linhas buscaremos, apontar os conteúdos e as práticas desenvolvidas nos principais programas que foram implementados neste primeiro período do projeto de Paulínia, de forma a situá-los em relação às correntes formuladoras e permitir a identificação dos modelos de atenção que neles foram se configurando.

A- Programa de Saúde Escolar (P.S.E.)

Constituiu-se no primeiro programa implementado em Paulínia, em maio de 1973, quando o P.S.C. ainda não se instalara na nova unidade, funcionando precariamente no Posto de Puericultura. Diante da carência de condições, sobretudo físicas, para se ampliar a atenção à demanda através de atividades intramuros, o grupo que havia assumido a coordenação do Posto, ligado ao projeto preventivista, iniciou a implantação de um programa voltado para uma parcela da população excluída da assistência médica e que seria objeto de ações desenvolvidas, em sua maior parte, fora do serviço.

A população alvo era representada pelas crianças supostamente sadias, pertencentes às escolas e pré-escolas do município, além dos pais e professores.

Tendo por finalidade *"dar cobertura médico-assistencial ao escolar, com ênfase primordial nos aspectos de promoção e proteção da saúde, bem como educar os pais e a comunidade na responsabilidade de atingir, com esforço coletivo, um estado de saúde plena"*, o programa propunha-se a desenvolver a integração entre família, escola e comunidade; a contribuir para a elaboração de um currículo de saúde partindo da realidade do aluno; a criar e testar modelos reproduzíveis de saúde escolar e a servir como campo de práticas para a formação de pessoal na área da saúde. (TOBAR et al.,1974)68.

68O Programa de Saúde Escolar trazia, para o âmbito das instituições de Saúde Pública, uma área que, historicamente, era assumida pela Secretaria Estadual da Educação, através do Serviço de Saúde Escolar desta pasta.

A estratégia para a abordagem da população escolar estruturava-se em três níveis: *biológico*, envolvendo a realização de exames clínicos e complementares dos escolares para a identificação dos problemas de saúde existentes e dos fatores de risco presentes nesta população; *psico-pedagógico*, pela apreensão, através de entrevistas com os professores, dos vários aspectos relacionados à clientela escolar, à metodologia do ensino da saúde na escola e às relações professor-aluno; e um diagnóstico *sócio-econômico e cultural*, a partir dos dados do Censo realizado por cientistas sociais pertencentes à disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, do DMPS, junto a uma amostra da população de Paulínia e às instituições escolares.

O trabalho de avaliação clínica e laboratorial representou um dos aspectos dominantes das atividades programáticas, tendo-se desenvolvido no próprio espaço dos parques infantis e escolas, envolvendo a participação dos professores nas tarefas de preparação dos alunos que, posteriormente, eram atendidos pelos acadêmicos do 5º ano de Medicina em consultórios improvisados no Colégio Estadual e, a partir de 1974, nas dependências do Centro de Saúde-Escola.

Deste *screening* da população pré-escolar e escolar⁶⁹ resultava uma categorização, que orientava o acompanhamento posterior da criança e que era constituído por retornos no próprio CSE ou em serviços especializados, quando detectado algum problema de saúde ou em caso de intercorrências clínicas.

Uma das características do Programa de Saúde Escolar foi a elaboração detalhada, pela coordenação de enfermagem, de rotinas e padronizações a serem seguidas pelas professoras, crianças, pessoal de enfermagem e pessoal médico (alunos e docentes) na implementação das atividades do programa, o que, juntamente com os relatórios produzidos, deixava transparecer o marcado caráter normatizador e de controle da população-alvo existente no programa.

Com relação às ações educativas presentes no PSE, elas eram desenvolvidas sob dois enfoques. Um primeiro, que se associava ao modelo clínico-preventivo e era realizado

⁶⁹O P.S.E. atingiu, no primeiro ano de atividades (maio de 1973 a maio de 1974), 293 crianças de três a seis anos e 1413 de sete a quinze anos, das zonas urbana e rural. (TOBAR et al., 1974).

quando do contato dos alunos e pais com os profissionais do serviço de saúde (visitadora, enfermeira, médico), centrava-se nos conteúdos relacionados aos hábitos pessoais e familiares de higiene e alimentação, e à prevenção de doenças.

Por outro lado, era desenvolvido, também, um trabalho específico de educação em saúde escolar, a partir do setor de Educação do P.S.C. (Coordenadoria de Promoção da Saúde), no qual se pretendia, estrategicamente, influenciar na elaboração do currículo escolar, reorientando os conteúdos relacionados à saúde e trabalhando a partir da realidade das crianças e com sua participação, de tal modo que, neste processo, elas fossem criando uma nova consciência a respeito dos problemas de saúde locais e de sua responsabilidade na solução dos mesmos.

Na perspectiva de se construir um currículo centrado em saúde, desenvolveu-se, de início, uma atuação estrategicamente dirigida aos professores, com discussões e práticas que visavam prepará-los, conceitual e metodologicamente, para trabalhar com questões relacionadas à saúde. Neste processo, a área de Educação do CSE buscou articular-se com as instituições de ensino, estabelecendo contatos e trabalhando conjuntamente com a Divisão de Educação e Saúde da Prefeitura Municipal de Paulínia e com a Divisão Regional de Campinas da Secretaria Estadual da Educação. (VOSGRAU & MELO, 1974).

Desenvolveram-se, também, alguns projetos relacionados a situações de agravo à saúde, nas quais a Divisão de Educação e Saúde do Município solicitou a colaboração da equipe de Educação do Centro de Saúde-Escola, particularmente o projeto de esclarecimento aos professores, desenvolvido por ocasião do surto de meningite na cidade de São Paulo e, ainda, quando do aumento do número de casos de pediculose entre os escolares de Paulínia.

Em uma segunda etapa do trabalho, o programa de educação em saúde escolar escolheu uma área distrital do município (João Aranha) para concentrar suas atividades, com vistas ao desenvolvimento de uma metodologia de trabalho educativo que fosse, posteriormente, difundida para todas as escolas do município.

O Programa de Saúde Escolar constituiu-se, assim, num conjunto de ações implementadas dentro de um modelo de atenção tipicamente clínico-preventivo, no qual se inseriu, no contexto da disputa concreta entre correntes com propostas distintas para a atenção médico-sanitária, um trabalho de educação participativa. Configurou-se, assim, na esfera específica da atuação educativa, um modelo misto, preventivo e médico-social, que procurava superar o modelo de Saúde Escolar vigente, de cunho meramente assistencial, realizado na escola e desvinculado da unidade de saúde.

A coexistência de compreensões distintas acerca do papel da educação em saúde e do modo como se deveriam desenvolver as práticas educativas, no interior da unidade de saúde e na comunidade, foi marcada por tensões que se manifestaram no trabalho concreto desenvolvido pelo Programa de Saúde Escolar. A análise da atuação da corrente preventivista neste programa evidencia o recurso às práticas de educação sanitária, enquanto forma de se alcançar a adesão da clientela escolar às ações previamente definidas pela equipe do PSE, em especial sua colaboração nos procedimentos necessários ao *screening* clínico da população escolar, envolvendo, para tanto, a utilização, principalmente, de práticas discursivas, de convencimento de pais, professores e alunos para aderirem às ações programáticas.

Esta atuação contrastava com aquela dos docentes ligados à corrente médico-social que, através da Coordenadoria de Promoção da Saúde do PSC, procuravam desenvolver um trabalho de Saúde Escolar dentro da perspectiva de um modelo participativo, envolvendo alunos, professores e diretores das escolas na construção de um temário sobre saúde, que orientasse as discussões e as ações junto à população escolar, num processo que pretendia chegar à elaboração de um currículo de saúde para todas escolas públicas do município.

As diferenças em torno das práticas educativas desenvolvidas no interior do PSE e que, em maior ou menor grau, estiveram presentes também em outros programas implantados em Paulínia neste período, geraram conflitos e tensões no conjunto da equipe do PSC, à medida que tornava claras as diferenças existentes quanto à compreensão mesma do significado político de um projeto sanitário, desenvolvido pela universidade junto a

determinada população, e as dificuldades que se explicitavam para uma construção mais conjunta do PSC.

B- Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI)

A partir da inauguração do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, em novembro de 1973, surgiram condições para o desenvolvimento de novas atividades médico-sanitárias no interior do serviço, o que, na área de atenção à criança, ocorreu através da implantação do Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI).

Tendo sido criado, em 1969, por iniciativa dos departamentos de Pediatria, Tocoginecologia e Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP⁷⁰, este programa vinha, desde 1971, desenvolvendo-se exclusivamente no interior dos serviços de Pré-Natal e de Puericultura do hospital-escola, dando ênfase ao ensino da semiologia pediátrica e obstétrica.

A partir das reflexões que acompanharam o processo de formulação do projeto de Paulínia e que apontavam na direção de um maior compromisso social da escola médica, o Programa Materno-Infantil passou a ter seus objetivos e estratégias rediscutidos, com vistas à sua transformação em um programa *inovador*, sintonizado com as concepções sobre a relação da FCM com os serviços e a população, presentes no Programa de Saúde da Comunidade.

Esta discussão ocorreu, de modo especial, durante o seminário organizado pelo Laboratório de Educação para a Medicina de Comunidade (LEMC), do DMPS, em novembro de 1973, do qual participaram docentes dos departamentos de Pediatria, Tocoginecologia e Medicina Preventiva e Social, responsáveis pela execução do PAMI, e onde foram produzidas novas propostas para o seu planejamento.

⁷⁰Estes departamentos já vinham realizando atividades integradas desde 1966, através do Programa de Clínica de Família, realizado no bairro Jardim dos Oliveiras, em Campinas.

Durante este encontro, considerado um "*marco importante dentro do processo inovador que se desenvolve em nossa Faculdade, pois representa o desaparecimento da dissociação tradicional entre planejadores e executores de um Programa de Extensão*", o grupo de treze participantes procurou reorientar o Programa Materno-Infantil, na perspectiva de sua articulação com o projeto de Paulínia. Com isto, colocou-se, em primeiro plano, a reflexão sobre as reais possibilidades de uma atuação de caráter educativo junto às gestantes e mães, no contexto do trabalho ambulatorial, visando transformar as práticas realizadas e ampliar a atenção materno-infantil. (UNICAMP/FCM/DMPS,1973).

Propôs-se a delimitação do programa em dois setores, o de saúde materna, compreendendo os períodos do pré-natal, parto e puerpério, e o setor de saúde da criança, para a faixa etária até 7 anos de vida. A fase pré-concepcional seria objeto de um trabalho educativo realizado na comunidade e os ambulatórios da área de ginecologia funcionariam de forma independente do PAMI. Da mesma maneira, as crianças e adolescentes de 7 a 14 anos seriam abordados através do programa já existente de Saúde Escolar.

O desenvolvimento do PAMI em Paulínia iniciou-se pela implantação de um programa de Puericultura dirigido às crianças de 0 a 2 anos. Suas atividades estruturaram-se em torno de dois eixos centrais: o trabalho educativo, entendido enquanto a busca de uma nova forma de relação social do médico e da equipe de saúde com a população, e a preocupação com a questão da assistência médica e com a eficácia do cuidado à saúde.

Com relação ao primeiro eixo, trabalhava-se com uma equipe multiprofissional em atividades principalmente intramurais, organizadas de modo a superar o modelo do ambulatório tradicional através da criação de "espaços" dentro do serviço que permitissem o contato mais estreito das mães com a equipe, a troca de saberes e o estabelecimento de uma relação mais *simétrica*, menos prescritiva e autoritária por parte do serviço.

Nesta perspectiva de trabalho, privilegiava-se não somente o momento da consulta médica, observada e discutida de modo a identificar bloqueios na relação médico-paciente, inclusive os de uma linguagem inacessível para as mães, como também, e principalmente, os períodos pré e pós consulta. Neles eram formados grupos de mães para a

práticas com a enfermagem (preparo de mamadeiras, pesagem e medição das crianças e vacinação).

O trabalho em grupo com as mães tinha como objetivo que elas se apropriassem dos conhecimentos e práticas relacionados à saúde e ao cuidado da criança. Ao mesmo tempo, pretendia verificar como as mães apreendiam as noções recebidas do serviço e como lidavam com elas na prática diária, de tal maneira que se pudesse reorientar o discurso médico, aproximando-o da realidade sócio-cultural da população atendida.

A questão assistencial apresentava-se como outra preocupação central da área de Puericultura e era vista de maneira articulada com o trabalho de educação em saúde, já que, nas palavras de uma das principais implementadoras do programa, *"não podemos oferecer um discurso político para a população e, na prática, qualidade inferior, (serviço de) segunda mão"*.⁷¹

Como resultado desta compreensão sobre o serviço - ações curativas, associadas ao trabalho de prevenção e busca de qualidade na prestação de cuidados à saúde -, o programa incorporou um novo instrumento tecnológico na organização do seu processo de trabalho, o conceito de risco no atendimento à criança. Utilizado, mais frequentemente, em uma área especializada, a Neonatologia, o conceito foi retrabalhado na Puericultura dentro do referencial da Saúde Pública, construindo-se três categorias a partir de uma padronização de critérios de risco, dos quais o mais importante era o estado nutricional, avaliado pela curva de crescimento.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças era orientado por um calendário de controles, efetuados de forma *"precoce, contínua e periódica"*, de modo a prevenir doenças transmissíveis, problemas nutricionais e processos mórbidos mais comuns. Compunha-se de atividades de imunização, de orientação alimentar e fornecimento de leite, de educação em saúde, de acompanhamento das mães e crianças e, ainda, das ações médicas curativas. (MARQUES, 1976).

⁷¹Entrevista de Marília B. Marques para esta pesquisa.

Da forma como foi implementado, o programa rompia com o conceito de Puericultura enquanto o seguimento da criança sadia, universalizando o cuidado para o conjunto das crianças, com seus diferentes riscos de adoecer e morrer, e incorporando, às atividades de prevenção, aquelas relacionadas à recuperação da saúde. Segundo Marques, *"(...) a população recorreu ao Centro de Saúde de Paulínia tanto para prevenção como para doença e (isso) salienta a importância dos serviços instituídos basicamente sobre interesses de prevenção, estarem aptos a garantir ações curativas, indo, desta forma, de encontro às reais necessidades de saúde da população"*. (MARQUES, 1976)⁷².

O modelo assistencial supunha, ainda, a delegação de funções, com o pessoal de enfermagem participando do processo de normatização das atividades e desenvolvendo o acompanhamento das crianças de baixo risco, bem como o trabalho de educação com os grupos de mães.

Em sua avaliação do programa de Puericultura, MARQUES (1976) assinalou a importância assumida pela atenção médico-sanitária no contexto das atividades desenvolvidas em Paulínia, levantando, no interior da própria corrente médico-social, a discussão sobre o papel da assistência e sua influência na evolução de alguns indicadores de saúde, inclusive a mortalidade infantil.

O programa de Puericultura desenvolveu-se, em síntese, dentro de um modelo de atenção à saúde inspirado no projeto da corrente médico-social, com marcada ênfase no trabalho educativo e, no contexto de sua implementação, combinando-se também com um modelo médico-assistencial, que incorporava a atenção médica individual e seus instrumentos de trabalho, à atuação tradicional de uma unidade sanitária.

A implementação da Puericultura suscitou questões importantes para a discussão sobre o modelo assistencial no projeto de Paulínia, à medida que colocou as concepções orientadoras da formulação do projeto - e que não eram homogêneas dentro do DMPS e

⁷²O trabalho de organização do serviço envolveu, além da elaboração de normas e padronizações para o seguimento clínico das crianças, o início da articulação com o nível hospitalar, no sentido do estabelecimento de relações com algumas especialidades consideradas necessárias para uma melhor resolução dos casos. (Entrevista de Marília B. Marques para a pesquisa).

mesmo internamente à corrente médico-social - frente às demandas concretas colocadas ao serviço e, também, à estrutura programática vigente na Secretaria Estadual da Saúde.

Tais questões referiam-se, tanto ao novo papel reservado ao trabalho educativo na configuração do modelo assistencial - a educação em saúde não ocupava um espaço complementar no programa, mas representava um dos seus eixos de organização - como, e principalmente, à incorporação da assistência médica individual que, rompendo com o esquema tradicional de atuação em Puericultura, introduziu temas relacionados à organização do trabalho clínico em um ambulatório e à eficácia deste trabalho. Questões como composição da equipe, perfis profissionais, trabalho integrado, delegação de funções, critérios para seguimento dos casos, avaliação do serviço, retaguarda hospitalar e de exames complementares e relacionamento com as especialidades, entre outras, passaram a fazer parte das preocupações do grupo participante do programa, trazendo para o interior da Saúde Pública e para a unidade sanitária uma discussão que dizia respeito ao conjunto da atenção à saúde.

C- Atenção ao Adulto

O início do funcionamento do Centro de Saúde de Paulínia, em novembro de 1973, ocorreu num período em que as atividades relacionadas à saúde da população adulta começavam a ser incorporadas pela rede de unidades sanitárias da Secretaria Estadual da Saúde, já que, historicamente, o atendimento ao adulto não fazia parte do conjunto de ações médico-sanitárias nelas desenvolvido, a não ser através de alguns programas do tipo vertical permanente especializado, como os de Pré-Natal e de controle de algumas endemias (Tuberculose, Hanseníase).

À nova orientação da SES/SP, aliava-se o enfoque da integralidade da atenção à saúde, presente na formulação do Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP e, em vista disso, desde sua implantação no Centro de Saúde-Escola de Paulínia, comportou uma área voltada para a saúde do adulto.

O modelo de atenção implantado nesta área, na qual estavam envolvidos os docentes ligados à corrente preventivista, foi o modelo da Clínica Preventiva, dirigido à população adulta supostamente sadia, ao qual se associava o atendimento médico-assistencial aos doentes, em um ambulatório de clínica geral.

Na base da concepção deste serviço estava o conceito de Medicina Geral, definida por duas de suas características: *"o doente tem acesso livre e direto ao médico"* e *"o médico geral se encarrega da continuidade da assistência"*. (UNICAMP/CSEP,s.d.2).

Dentro desta perspectiva, a proposta para a atuação assistencial em todas as atividades do CSEP era de um médico geral, que atendesse *"tanto crianças como adultos, mulheres e homens, sejam eles doentes ou sadios"*, sendo, ainda, capaz de *"entrar nas órbitas do individual, do coletivo e do ambiental"* e, também, de *"trabalhar em equipe"*. (UNICAMP/CSEP,s.d.2).

Na realidade concreta da implementação do P.S.C., porém, o modelo de atenção comportou, desde o início, uma divisão de trabalho entre os profissionais de saúde nas três áreas básicas, de saúde do adulto, da mulher e da criança, procurando-se manter, em cada uma delas, a ênfase no enfoque geral, ou integral, do atendimento.

Algumas características presentes na organização da área de atenção ao adulto no CSEP devem ser destacadas para permitir uma melhor compreensão e análise do seu modelo assistencial:

- a) acesso universal a toda pessoa adulta residente no município;
- b) prontuário familiar;
- c) atendimento no mesmo período ou dia em que foi solicitado;
- d) enfoque bio-psico-social do adulto;
- e) vinculação do paciente e sua família preferencialmente a um mesmo profissional médico;
- f) conteúdo educativo em todo atendimento;

g) busca da máxima resolubilidade possível no nível da própria unidade;

h) visita domiciliar para todo caso atendido;

i) consulta médica domiciliar em casos selecionados.

A análise destas orientações da área de atendimento ao adulto deixa evidente que, em sua maioria, elas compunham um modelo assistencial inspirado na Medicina Integral e Preventiva e na Medicina Familiar. Algumas normas de atendimento apontadas traziam, contudo, um caráter até certo ponto inovador, como a preocupação com uma resposta imediata à demanda, com o acesso universal ao serviço e com o aumento de sua resolubilidade, além de colocar a possibilidade da atenção domiciliar, antecipando, de certa forma, questões assistenciais, que não pertenciam à pauta de discussão da maioria das unidades sanitárias no início da década de 70.

O modelo assistencial que se configurou na área de atenção ao adulto sintonizou-se com o projeto preventivista mas, ao mesmo tempo, tentou incorporar à Clínica Preventiva o atendimento de doentes, problematizando, nesta articulação, várias questões relacionadas à assistência médica no âmbito dos serviços tradicionais de Saúde Pública.

O modelo de *screening* da população adulta supostamente sadia e o modelo de atenção à demanda, da mesma forma como ocorreu no Programa de Puericultura, estiveram também em disputa na implementação da atenção ao adulto, revelando tensões e divergências nas concepções sobre o trabalho em uma unidade básica e provocando, frente à pressão da demanda assistencial, a necessidade de se reformular a proposta inicial, superando a oposição entre Saúde Pública e assistência médica e trazendo esta última para o rol de preocupações das unidades sanitárias.

D - Atividades da área de Educação em Saúde

Nos modelos de atenção à saúde, propostos pelas correntes que participaram da formulação do Programa de Saúde da Comunidade, havia um lugar específico para a questão da educação, lugar este que, por referência às duas correntes formuladoras

principais, ocupava, ou uma posição complementar, de apoio às ações médico-sanitárias, ou uma posição central, em que o processo educativo seria o eixo a partir do qual se organizaria todo o trabalho sanitário junto à população.

Àquela primeira concepção da atividade educativa, entendida como um instrumento para a prevenção de doenças, nos moldes da Higiene e da Educação Sanitária tradicionalmente desenvolvidas pelos serviços da Saúde Pública (GONÇALVES,1986) e que inspirava o modelo da corrente preventivista, contrapunha-se a compreensão da educação enquanto prática central, estruturante da ação em saúde na comunidade e à qual se subordinaria a racionalidade da atenção médica.

Nesta última concepção, defendida pela corrente médico-social, o trabalho educativo representaria a principal estratégia na construção de uma consciência sanitária e de uma autonomia da população, que a capacitasse a lidar com os problemas de saúde-doença, como bem expressava trecho do documento do programa de educação: *"O que se visa, em última instância, é tornar a saúde uma real propriedade da população, através de processos educativos que dêem a ela elementos de identificação e análise dos problemas que a afligem"* (MELO et al.,1974). Salientava-se, ainda, o caráter experimental do programa de educação, a necessária composição multidisciplinar da equipe *profissional "sem uma divisão rígida entre seus componentes"*, a pesquisa mais próxima da atividade educativa *"para não transformar a comunidade num laboratório da Universidade"* e, acima de tudo, afirmando a ação educativa como *"principal, variando todo o resto em função dela"*. (MELO et al.,1974).

Na implantação do Programa de Saúde da Comunidade em Paulínia, as áreas de Educação em Saúde e de Serviço Social constituíram a Coordenadoria de Promoção da Saúde que, identificada com a corrente médico-social, procurou reconstruir o trabalho de ambas as áreas numa nova síntese. Procurou-se romper com a expectativa de um Serviço Social assistencial e corretivo, repensando o papel das duas áreas, não somente no espaço

extramural, em oposição ao intramural, mas, principalmente, buscando a articulação do que se passa dentro com o que ocorria fora do serviço de saúde⁷³.

No anteprojeto da Educação estavam previstas atividades intra e extramurais, ligadas aos programas de Pré-Natal, Puericultura e de Saúde Escolar, compondo, em seu conjunto, dezesseis pequenos projetos, além da criação de um Conselho Comunitário, para atuar junto ao Centro de Saúde-Escola. Foram implementadas, como visto anteriormente, ações educativas junto aos programas de Puericultura e de Saúde Escolar. O programa de Pré-Natal não teve uma implantação efetiva nesta primeira fase do PSC e, assim, as atividades de educação em saúde dirigidas às gestantes desenvolveram-se nos grupos de mães ligados à Puericultura.

Além da participação da área de Educação do PSC nestes programas, envolvendo atividades dentro e fora da unidade, foi no espaço extramural, sobretudo em alguns bairros da cidade, que a equipe da Educação realizou um trabalho mais específico e direto de contato com a população, buscando discutir seus problemas e ampliar sua participação e organização.

Nesta perspectiva é que se podem incluir as reuniões nos bairros, para discussão do problema da esquistossomose e das condições de saúde e saneamento; os contatos, levantamentos e trabalhos da equipe da Educação com o grupo de jovens e com agentes de saúde no bairro João Aranha; as reuniões com a população, para definir representantes dos bairros no Conselho de Saúde da Comunidade, e o trabalho no Núcleo Habitacional José Paulino Nogueira, que gerou reivindicações por convênios de assistência médica previdenciária no próprio município.

Estas duas últimas atuações da área de Educação merecem uma referência particular. O trabalho desenvolvido junto ao Núcleo Habitacional, bairro onde se encontrava a população operária da cidade, teve como ponto de partida a preocupação de grande parcela de seus moradores - 73% eram previdenciários - com a ausência de assistência médica do INPS no município de Paulínia, obrigando-os a se deslocarem até Campinas para disputarem o acesso à atenção previdenciária. (CANESQUI et al., 1974).

⁷³Entrevista de Joaquim Alberto Cardoso de Melo para esta pesquisa.

A partir do problema identificado pela população do bairro, realizou-se um trabalho de mobilização, incluindo grupos de discussão em que se reconstituiu a história da atenção médica e da Previdência Social no Brasil, com levantamento da situação assistencial em duas cidades próximas de Paulínia (Campinas e Cosmópolis) e um abaixo-assinado em todo o município, reivindicando atenção médica previdenciária local. Este processo de luta política culminou com a assinatura de um convênio do INPS com o Centro de Saúde de Paulínia, não nos moldes tradicionais dos chamados convênios CIAM (Convênio de Integração de Atividades Médicas), mas envolvendo o repasse de verbas para o Centro de Saúde, a quem caberia contratar médicos para o atendimento à população.

No contexto de atuação do P.S.C. em Paulínia, município, à época, considerado área de segurança nacional, a ampliação do acesso a um direito, a partir da mobilização de parcela da população, teve significado particularmente importante, por apontar a possibilidade de se construir uma nova relação da equipe do projeto com os usuárieose, neste sentido, representou a atuação que mais se aproximaria da proposta de desenvolvimento de um trabalho de educação política, presente na formulação do projeto da corrente médico-social. Implicou, ainda, numa articulação do trabalho extramural e intramural em torno de um movimento que procurava, não substituir a atuação governamental, mas reivindicar do Estado, visando ampliar os limites impostos pela política de saúde.

Outro projeto em que esteve presente a área de Educação foi o de constituição do Conselho de Saúde da Comunidade. Na perspectiva de se construir uma gestão participativa do Centro de Saúde de Paulínia, a equipe de Educação procurou aproveitar a "brecha" da existência de um decreto da Secretaria Estadual da Saúde (ESTADO DE SÃO PAULO, 1969), que instituíra conselhos nas unidades sanitárias, para organizar um Conselho Comunitário junto ao CSEP, que refletisse as necessidades da população usuária e lhe permitisse participar na definição e realização dos programas de saúde.

O processo de organização do Conselho envolveu não somente contatos com várias entidades e instituições - filantrópicas, religiosas e de promoção social - previstas no decreto mas, também, a tentativa de se romper com as representações apenas formais e incluir "lideranças" locais não representadas institucionalmente. Tendo em vista a situação

realizadas reuniões nos bairros para discutir os problemas de saúde, o papel do Conselho e para motivar a participação e a indicação de representantes locais⁷⁴.

Apesar da tentativa de se envolver a população e de se incorporarem representantes dos bairros nas discussões e na composição do Conselho de Saúde da Comunidade, o resultado deste processo evidenciou as dificuldades para um trabalho organizativo num período marcado pelo autoritarismo e pelo fechamento político. Além do desequilíbrio na composição do Conselho, com nítido predomínio de lideranças formais sobre os representantes populares indicados pelos bairros, a direção escolhida - cujo presidente e vice-presidente eram, respectivamente, o delegado de polícia do município e o representante do Rotary Clube - deixava claros os obstáculos impostos à participação e à expressão políticas da população, naquele momento.

As dificuldades do exercício de uma representação mais democrática, aliados à situação de crise política que se foi delineando ao longo do ano de 1974 dentro do P.S.C., contribuíram para que o Conselho de Saúde da Comunidade funcionasse por pouco tempo, não chegando a representar uma instância expressiva na gestão do Centro de Saúde-Escola, seja através da definição de prioridades e programas, seja exercendo alguma forma de controle social sobre as ações implementadas ou seus resultados.

Na implementação do Programa de Saúde da Comunidade, a educação em saúde constituiu-se como uma das vertentes específicas de atuação do projeto, com suas atividades sendo desenvolvidas de forma integrada com as práticas dos diferentes programas, ao mesmo tempo em que se realizavam trabalhos específicos da área.

Trabalhando no contexto das propostas e das práticas concretamente desenvolvidas pelas duas correntes formuladoras do P.S.C., as atividades educativas que foram sendo implementadas tiveram a marca das tensões políticas entre estes projetos, já que eles atribuíam papéis diferenciais à ação educativa. Enquanto ela representava, para a corrente preventivista, apenas um suporte para as ações sanitárias implementadas pelos

⁷⁴Foram realizadas, aproximadamente, treze reuniões, a partir de dezembro de 1973, com a participação de representantes de doze entidades e de moradores de quatro bairros e de quatro fazendas do município, tendo sido formalizado o Conselho com trinta membros e eleita sua diretoria em assembléia geral, em maio de 1974. (CANESQUI, 1974).

programas, contribuindo para uma maior adesão e, em consequência, uma maior eficácia dos mesmos, a questão da educação em saúde assumia um papel central na estratégia de construção da intervenção política pretendida pela corrente médico-social, à medida que, através dela, esperava-se aumentar a consciência da população a respeito dos problemas de saúde e das alternativas para sua superação.

Em meio à distintas visões sobre as funções da educação em saúde e, ainda, trabalhando em uma unidade da rede de Centros de Saúde da Secretaria Estadual, onde as atividades de educação sanitária revestiam-se, tradicionalmente, de um forte caráter autoritário, pode-se dizer que as práticas desenvolvidas, principalmente no programa de Puericultura e aquelas realizadas na comunidade, diferenciaram-se da educação sanitária tradicional, buscando criar novas experiências de trabalho com a população no interior do serviço e fora dele.

A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ENSINO MÉDICO

O ensino médico, presente entre as motivações primeiras para a criação do projeto extramural da escola médica em Paulínia e constituindo uma das vertentes do Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP, desde o processo de sua formulação esteve referenciado à questão assistencial, subordinando-se o modelo de ensino à construção conceitual que se foi realizando a respeito das possibilidades de desenvolvimento das práticas sanitárias.

A discussão sobre ensino médico que orientou o projeto de Paulínia dizia respeito à integração deste ensino com os serviços de saúde externos ao hospital-escola, sobretudo com as unidades básicas de saúde onde, trabalhando na comunidade, o aluno poderia desenvolver ações educativas e atuar mais precocemente na História Natural das Doenças. Esta idéia de integração ensino-serviço sintonizava-se, à época da formulação do P.S.C., com os movimentos internacionais de reforma da educação médica e mobilizava

setores da FCM/UNICAMP interessados na ampliação das experiências de ensino e, particularmente, os docentes do departamento de Medicina Preventiva e Social⁷⁵.

O lugar concebido pelos formuladores do projeto de Paulínia para, de modo privilegiado, elaborar e testar experiências relacionadas à educação médica dentro do P.S.C., foi o Laboratório de Educação para a Medicina de Comunidade, ou LEMC⁷⁶, inaugurado, juntamente com o Centro de Saúde-Escola de Paulínia, em 10 de novembro de 1973. Dele faziam parte, em sua maioria, docentes do DMPS ligados à corrente médico-social, ao lado de alguns professores da Pediatria e um do departamento de Neurologia, que vinham participando das discussões sobre o projeto de Paulínia, além de alunos e residentes, que participavam do Laboratório como monitores.

Criado, dentro do convênio da UNICAMP com a Fundação Kellogg, como um órgão técnico auxiliar do Departamento de Medicina Preventiva e Social⁷⁷, o LEMC teria como finalidade *"adestrar o pessoal, tanto do Departamento de Medicina Preventiva como de outros departamentos da Faculdade de Ciências Médicas, para participar nos programas de saúde da comunidade, tratando de definir em conjunto os modos de produção de agentes de saúde e, portanto, estudar os diferentes currículos de ensino que serão realizados na Rede de Serviços, assim como o modo de produção de serviços. Desta forma, o pessoal docente, além de estudar o currículo, estuda a melhor maneira de prestação de serviços e, dentro desta perspectiva, adapta os diferentes programas docentes"*. (UNICAMP/FCM/DMPS, 1974c).

O LEMC tinha, assim, um papel ampliado, indo além da formulação de diretrizes que orientariam o ensino na rede de serviços e da avaliação crítica do conjunto do ensino médico realizado pela FCM/UNICAMP, ao incluir, também como um de seus objetivos, a discussão sobre o modelo de produção de cuidados de saúde, de forma coerente com a importância atribuída à rede de serviços para o desenvolvimento das atividades de ensino-

⁷⁵Aqui não se trabalhará o conjunto da experiência curricular do DMPS, tendo em vista que nosso objeto de estudo refere-se à experiência de ensino em serviço. Para uma análise sistemática das disciplinas ministradas pelo DMPS desde sua criação, ver NUNES, 1984.

⁷⁶Em alguns documentos, é denominado de Laboratório de Educação Médica para a Comunidade.

⁷⁷No Regimento Social do P.S.C. da UNICAMP aparece, também como constituinte do Programa, o Laboratório de Morbidade e Atenção Médica que, no entanto, não chegou a ser efetivamente implantado.

aprendizagem no P.S.C. e com a busca do estabelecimento de uma nova relação da escola médica com estes serviços.

Dentro desta perspectiva de reflexão e trabalho foi que se realizou, no interior do LEMC, a maior parte das discussões e formulações acerca dos princípios que deveriam nortear a atuação na rede de saúde, nas esferas do ensino, pesquisa e assistência, realizando um trabalho de interlocução com o restante do DMPS, com a Comissão de Planejamento do P.S.C. e com os outros departamentos da FCM/UNICAMP⁷⁸.

Os programas implementados em Paulínia foram, igualmente, objeto de seminários promovidos pelo LEMC⁷⁹, nos quais o ensino de graduação e a residência em Medicina Preventiva e Social e em Pediatria eram discutidos, tendo por referência o modelo de prestação de serviços de saúde e as relações serviço-população que se pretendia pôr em prática. Nestas discussões percebe-se que vai surgindo, entre os formuladores, uma certa convicção de que se deveria, num primeiro momento, estabelecer as bases para o funcionamento de um serviço adequado às necessidades da população, implantando os programas médico-assistenciais e buscando a participação dos usuários nas ações de saúde e, a partir daí, passar a desenvolver atividades de ensino no serviço.⁸⁰

O grupo de trabalho que realizou o planejamento do Programa de Atenção Materno-Infantil, assim se expressou a respeito do ensino médico no programa: *"Para dar ao estudante uma visão da atenção médica com perspectivas sociais amplas, deverá ser montado, prioritariamente, um serviço que ofereça modelos com tais perspectivas. O engajamento do estudante será posterior ao início do funcionamento do serviço que, numa primeira fase, contará apenas com a participação de docentes e residentes"*. (UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC,1973)

⁷⁸No ano de 1974, coordenou o LEMC o prof. Sérgio Arouca, sendo responsável pela secretaria de cursos do Laboratório, o prof. Alberto Pellegrini Filho.

⁷⁹Seminário para planejamento do PAMI, em novembro de 1973; Seminário de Clínica Preventiva, em dezembro de 1973; Seminário de docentes e residentes de Pediatria e Medicina Preventiva, em fevereiro de 1974.

⁸⁰"O serviço passa a ter um papel hegemônico nesse momento muito grande (...) E como o papel prioritário passa a ser da comunidade, os estudantes só entrariam depois que esse serviço estivesse montado e estivesse de acordo com um padrão, que fosse um padrão referenciado à população, e não ao ensino." (Entrevista de Antonio S. S. Arouca para a pesquisa).

Nas palavras de MARQUES, *"a crítica principal que fazíamos à experiência de Puericultura (da Faculdade) era que ela era totalmente subjugada ao ensino médico (...) e nós queríamos mudar isso. (Pensávamos em) primeiro criar o serviço, padronizar. (...) tinha primeiro que trabalhar com o residente ou, de preferência, só com a população mesmo (...) e a meta seria chegar ao estudante de Medicina e mudar completamente, pôr o ensino de cabeça para baixo. Era uma questão de estratégia"*.⁸¹

Em razão desta compreensão, as atividades docentes junto ao PAMI foram desenvolvidas, principalmente, com residentes de Pediatria e Medicina Preventiva e Social, só tendo ocorrido a participação de internos do 6º ano médico de forma esporádica, através de estágio opcional em 1974, e adquirindo maior regularidade no ano seguinte, através de estágio do departamento de Pediatria.

Outras atividades e programas implementados em Paulínia tiveram, por sua vez, uma presença maior dos alunos de graduação. Já na etapa inicial de implantação do P.S.C., o que se projetara no sentido do envolvimento dos estudantes com a comunidade, buscando que conhecessem suas condições de vida e saúde e tomassem parte da solução de alguns problemas, ocorreu, de certa forma, através da participação dos alunos da FCM no planejamento e realização do Censo Demográfico e Sanitário da população de Paulínia e nas campanhas "relâmpago" de imunização em massa das crianças do município, atividades que contaram com a presença de grande número de alunos, principalmente dos primeiros anos da graduação, e obtiveram o apoio do Centro Acadêmico, além de repercussão na imprensa local. (UNICAMP/FCM/CAAL,1971; JORNAL DIÁRIO DO POVO,1973).

Um trabalho mais sistemático com os estudantes de Medicina foi desenvolvido junto ao Programa de Saúde Escolar, que se constituiu, a partir de 1973, no suporte para as discussões e práticas da disciplina de Clínica Preventiva, ministrada pelo DMPS para o 5º ano médico. Objetivando mostrar a importância da Saúde Escolar em uma comunidade e treinar os acadêmicos na sistematização do exame clínico, a disciplina compunha-se de seminários e atividades práticas que incluíam, além do exame dos escolares, realizado nas

⁸¹Entrevista de Marília B. Marques para esta pesquisa.

instituições de ensino e nos ambulatórios do CSE, o trabalho educativo junto a grupos da população no bairro José Paulino Nogueira e com os professores nas escolas.

No que se refere ao ensino de graduação, a disciplina de Clínica Preventiva foi a única do DMPS, no primeiro período, que trouxe os estudantes de Medicina para o interior do projeto de Paulínia, utilizando o espaço da comunidade e do Centro de Saúde-Escola para o desenvolvimento de novas práticas docentes, sobretudo com relação ao trabalho de educação em saúde. Com exceção da participação de alguns internos do 6º ano, que realizaram estágio opcional no projeto de Paulínia na área de Educação e no PSE, as demais disciplinas ministradas pelo DMPS nos primeiros quatro anos do currículo médico⁸² e pelos outros departamentos da FCM/UNICAMP não chegaram a utilizar, neste período, o P.S.C. como área de desenvolvimento de programas de ensino.

Já no que diz respeito à Residência Médica⁸³, observou-se alguma diversificação na participação departamental no projeto de Paulínia, com o departamento de Pediatria passando a incluir, ainda em 1973, estágios no CSE na programação dos residentes de 1º e 2º anos. Também a Residência em Medicina Preventiva e Social, iniciada em 1974, teve como principal campo de práticas o P.S.C., com os residentes participando das atividades das diversas áreas e, de modo mais intenso, dos projetos da área da Coordenadoria de Promoção da Saúde e do Programa de Saúde Escolar.

A despeito da presença do departamento de Tocoginecologia nas discussões sobre a implantação do PAMI em Paulínia e das tentativas de integrar os depts de Clínica Médica, de Neurologia e de Oftalmo/Otorrinolaringologia no atendimento do CSEP, não foram desenvolvidos, por estes ou por outros departamentos clínicos, programas de ensino extramurais junto ao P.S.C..

Além das atividades docentes já mencionadas, a estrutura de serviço do P.S.C. serviu, também, para treinamentos e estágios de profissionais de saúde pertencentes a ins-

⁸²Eram elas: Introdução à Med. Prev. e Social, Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, Epidemiologia e Medicina Social.

⁸³No que concerne à pós graduação *stricto sensu*, neste período foi elaborado e apresentado às instâncias da universidade o projeto dos cursos de pós-graduação de Ciências Sociais na área da saúde e de Medicina Preventiva e Social, que não chegaram a ser implantados nesta fase. (UNICAMP/FCM/DMPS,1974e).

tuições de ensino e de serviço da região de Campinas ou mesmo de fora dela⁸⁴. Em função do ingresso do projeto na rede de Programas de Ensino de Medicina de Comunidade, organizada pela FEPAFEM em nível continental, o P.S.C. da UNICAMP estabeleceu, ainda, intercâmbio com outros projetos similares, recebendo professores de escolas médicas de vários países para visitas de observação e avaliação do programa⁸⁵.

Relativamente ao trabalho desenvolvido pelo Laboratório de Educação para a Medicina de Comunidade, ao lado da sua intensa participação na discussão dos programas implementados em Paulínia, observou-se, também, a tentativa feita no sentido de atuar na própria estrutura da FCM/UNICAMP, buscando constituir-se num elemento catalisador do processo de transformação da escola médica, de um modelo tradicional para um modelo inovado.

Nesta perspectiva é que membros do LEMC participaram da reestruturação da Comissão de Ensino da Faculdade, da elaboração e realização de pesquisa sobre o ensino médico na FCM⁸⁶ e implantaram um projeto de monitoria, que teria como finalidade preparar, em termos teóricos, alguns alunos da FCM para atuar junto ao restante do corpo discente, "*promovendo seu engajamento consciente no processo de transformação da escola*" (PELEGRINI FILHO, 1974).

Na realidade, o projeto de monitoria surgiu num contexto de discussões, que vinham sendo travadas no interior do LEMC, a respeito dos rumos que o Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP estava tomando. Considerava-se, criticamente, que ele vinha, em grande medida, reproduzindo o modelo tradicional de práticas da escola médica e de seus departamentos, não conseguindo constituir-se como um projeto realmente inovador.

⁸⁴Entre eles, estágios do curso de Enfermagem do Colégio Técnico da UNICAMP; treinamento de profissionais de Centros de Saúde da Divisão Regional de Saúde de Campinas; treinamento de campo do curso de Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e estágios de profissionais de outras Faculdades de Medicina do país. (UNICAMP/PSC/CSEP, 1973/1974).

⁸⁵Estiveram no projeto de Paulínia, no ano de 1974, o diretor de educação médica da FEPAFEM, assessores da OPS/OMS (entre os quais Miguel Marques e Carlos Vidal), docentes de Faculdades de Medicina da Argentina, Chile, México e Venezuela, e o diretor da Escola de Saúde Pública de Harvard (EUA). (UNICAMP/PSC, 1974).

⁸⁶A pesquisa tinha como objetivos estudar as características gerais da FCM/UNICAMP e aquelas relacionadas ao processo ensino-aprendizagem, às aspirações e concepções sobre ensino e prática médica dos alunos e professores, à prática profissional dos médicos formados pela Faculdade e do mercado de trabalho médico no Brasil e suas relações com a escola médica. (UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC, 1974).

O LEMC reunia, entre seus membros, os representantes mais críticos da corrente médico-social e alguns deles, em razão de sua posição político-ideológica e mesmo de sua militância partidária, optaram pela criação de um novo trabalho de comunidade, em bairros da periferia de Campinas e para o qual a monitoria seria o suporte de recrutamento e preparação de agentes.

Não abordaremos aqui as especificidades deste trabalho que, iniciado pelo LEMC, após 1975 seguiu um caminho próprio e que viria a ter influência no processo de constituição da rede básica de saúde do município de Campinas. (SMEKE,1989). O que nos interessa, particularmente, nesta experiência, é o significado que ela assumiu enquanto reveladora do aprofundamento das divergências conceituais e de práticas entre as correntes participantes do projeto de Paulínia, sobretudo a partir da sua implementação, que vinha explicitando, crescentemente, dificuldades em estabelecer, naquela conjuntura específica, práticas inovadoras, frente às tradicionais demandas e programações colocadas para uma unidade sanitária e à tradicional atuação dos departamentos da escola médica.

A iniciativa de se criar uma outra experiência de comunidade, paralela à que estava em curso, deixava claro não apenas que, para o grupo do LEMC, a proposta de uma atuação junto à população, nos moldes do que se formulara no discurso político subjacente ao plano oficial, não se tornara possível em Paulínia, como, ainda, que a via mais formal, com seus pesos institucionais, em certa medida poderia constituir-se num obstáculo ao desenvolvimento de um trabalho político comprometido, primeiramente, com a população.

4.2.3. As relações entre formulação e implementação do projeto de Paulínia no primeiro período

Na perspectiva de análise colocada neste trabalho, a tarefa de confrontação, entre o que se formulou, enquanto proposta global de atuação no município de Paulínia, e o que foi, efetivamente, realizado, permite afirmar que a relação entre os dois processos, no primeiro período de estudo, foi marcada pela diversidade de concepções sobre o trabalho extramural, que se refletiu na geração de várias ordens de conflitos entre os grupos participantes de sua formulação e implementação.

A elaboração do projeto de Paulínia, relativamente ao modo de se organizar a prestação de cuidados à saúde, foi realizada, fundamentalmente, pela escola médica e traduzia as concepções existentes no seu interior, envolvendo alguns departamentos e sua direção, quanto aos objetivos de uma atuação docente-assistencial na rede de serviços.

Para a parcela dos formuladores pertencentes à corrente preventivista, a constituição de serviços de saúde externos ao hospital universitário ligava-se, primeiramente, à idéia de reforma da educação médica, que exigiria a criação de espaços para experiências de ensino na comunidade, bem como à necessidade de prestação de serviços médico-sanitários à população. Para os formuladores pertencentes à corrente médico-social, por sua vez, a discussão sobre a prática médica e as formas de organização da assistência constituía-se, por si só, em tema central para o debate no campo médico-social. O conjunto da discussão e das preocupações relativas ao modelo assistencial seria marcado, assim, por esta diferença de referencial a orientar sua construção, constituindo um primeiro e fundamental conflito no interior da escola médica e do próprio projeto.

Associavam-se a ele as diferenças de caráter político-ideológico entre os atores e grupos do DMPS, no que diz respeito a sua motivação para o trabalho de comunidade, com a existência de um discurso não oficial, subjacente ao discurso formal, constituindo-se em uma das expressões da disputa entre distintos projetos políticos para o setor saúde e para a política mais geral do país, presentes na construção do projeto de Paulínia.

As características mais gerais relativas ao modelo assistencial, que se expressavam, com maior ou menor ênfase, nas propostas das correntes formuladoras do P.S.C., referiam-se à configuração de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, com integração interinstitucional e articulando os setores público e privado, para atendimento de toda a população urbana e rural da sua área de cobertura, incorporando ações preventivas e curativas e envolvendo a integração do ensino com os serviços, o trabalho educativo, a formação de equipes de saúde e a participação da população.

Constituía-se, assim, um modelo de atenção à saúde de caráter sistêmico, cobertura universal, de gestão pluriinstitucional e com participação dos usuários, apoiado num modelo tecnológico que utilizaria os conhecimentos e práticas clínicos e

epidemiológicos, articulando-os no modelo da História Natural da Doença - no caso da proposta preventivista - ou, para a proposta médico-social, articulando-os com o saber popular sobre a saúde e a doença, no interior de um trabalho educativo-participativo, capaz de gerar novos conhecimentos e novas práticas sanitárias individuais e coletivas.

A análise do modelo de atenção à saúde que foi, efetivamente, implantado em Paulínia, no primeiro período, evidencia que não se configurou, em sua totalidade, o modelo, ou modelos, propostos.

A construção do Centro de Saúde-Escola significou o passo inicial para a rede regional de serviços de saúde que havia sido projetada e na qual a nova unidade assumia um papel privilegiado, permitindo a experimentação de modelos e o *efeito demonstração*, que se pretendia viesse a impulsionar outros serviços semelhantes. O trabalho desenvolvido nesta unidade concentrou, assim, os esforços de implantação do que fora formulado e representou o espaço possível de realização, e de disputa, entre as propostas do projeto.

Com relação à forma de gestão do serviço, pode-se afirmar que seu caráter interinstitucional esteve presente, realizando-se, formalmente, através de um colegiado técnico-administrativo, de que participavam as três instituições públicas conveniadas. Em razão de sua composição, porém, que atribuía pesos políticos diferenciados a cada uma delas, em decorrência de sua participação, também diferencial, no financiamento do serviço, configurou-se uma forma de gestão em que um maior poder decisório, relativamente à implementação das ações, à destinação das verbas para investimento e custeio e à gerência do serviço, coube à Secretaria Estadual da Saúde e à Universidade, reservando-se à Prefeitura um papel gestor secundário, o que, de certa forma, refletia o lugar que vinha sendo ocupado, naquele momento, pelos municípios na política de saúde.

A avaliação do modelo assistencial que foi implementado a partir do Centro de Saúde-Escola revela um modelo de trabalho que se assemelhava ao dos outros Centros de Saúde do Estado, de recorte programático e voltado para a atenção a determinados grupos da população, como lactentes, escolares, gestantes e portadores de algumas doenças infecto-contagiosas mais prevalentes.

Este recorte rompia, na prática, com a universalidade da clientela prevista na formulação, selecionando-a a partir de grupos populacionais considerados vulneráveis ou de maior risco para determinados agravos à saúde. Ele traduzia, de certa forma, as tensões decorrentes da relação que, necessariamente, teve de ser estabelecida, entre o que se formulara em grandes linhas, ou princípios, para ser implantado em Paulínia e as ações já definidas e normatizadas pela Secretaria Estadual da Saúde para serem desenvolvidas na rede de Centros de Saúde. A definição prévia dos programas médico-sanitários, mesmo não significando que novas ações não pudessem ser implantadas, colocou para o grupo de trabalho em Paulínia a necessidade de assumir determinadas tarefas e, principalmente, um modelo de intervenção que, muitas vezes, era conflitante com o que fora formulado.

No interior dos programas tradicionais, que foram mantidos ou implantados, é que se encontrarão as tentativas dos atores, das diferentes correntes formuladoras, de introduzir mudanças no modo de se realizar a atenção à saúde. O modelo assistencial que se configurou no período foi, assim, a resultante de um trabalho que, realizado no interior dos programas rotineiramente desenvolvidos pelas unidades de saúde, procurou introduzir ou reforçar determinadas estratégias de ação. Isto realizou-se, seja no sentido de uma atuação mais voltada para a prevenção e para a identificação de grupos de risco entre as pessoas supostamente sadias, seja pela incorporação do atendimento médico e das formas de organização da assistência aos programas de Saúde Pública, ou, ainda, pela valorização do trabalho educativo como eixo de organização das práticas sanitárias.

Nos programas que foram sendo implementados - Saúde Escolar, Puericultura, Atenção ao Adulto, Educação em Saúde - pode-se delimitar, algumas vezes dentro do mesmo programa, a presença dos elementos mais marcantes, relativos ao modelo assistencial, que estavam contidos nas propostas das correntes em disputa no interior do projeto de Paulínia.

Elementos característicos da proposta preventivista - o *screening* da população de supostamente sadios, a educação sanitária prescritiva, a Clínica de Família - marcaram, principalmente, o desenvolvimento das atividades nas áreas de Saúde do Escolar e de Saúde do Adulto, enquanto o aspecto básico da proposta médico-social - a centralidade do trabalho educativo na transformação das práticas de saúde - esteve presente principalmente,

mas não exclusivamente, no Programa de Puericultura e no conjunto das atividades da área de Educação do Programa de Saúde da Comunidade, que envolveram os trabalhos junto à população, dentro e fora da unidade de saúde.

O convívio, às vezes em uma mesma área de atuação, de propostas distintas quanto à organização e conteúdo das ações de saúde, quanto ao modo de se realizarem as práticas educativas ou de se responder à questão assistencial, constituiu-se num fator gerador de tensões, muitas vezes no interior das próprias correntes. A metodologia de trabalho baseada em *screenings* era alvo de críticas nos seminários internos do LEMC, ao mesmo tempo em que havia divergências a respeito das formas de abordagem da área de educação, colocando-se em confronto ações intrainstitucionais e aquelas desenvolvidas na comunidade, voltadas para a organização política de grupos da população, dentro de um modelo participativo.

As pressões existentes em torno do trabalho concreto iam, contudo, além das divergências entre os participantes do projeto. Somavam-se a elas, a pressão da demanda por assistência médica que, cada vez mais, se colocava para as unidades de saúde, em razão do caráter excludente do modelo hegemônico da medicina previdenciária em relação a extensa parcela da população, e um quadro de dificuldades conjunturais relacionadas à situação de fechamento político em que se encontrava o país no início dos anos 70 e da qual a existência de áreas de segurança nacional, como a do município de Paulínia, representava uma de suas expressões.

Este último aspecto teve implicações, sobretudo, para o trabalho de educação em saúde e de educação política que se pretendia realizar com a população, colocando limites para a atuação fora dos programas e fora do serviço, o que fez com que membros da corrente médico-social, que compunham a área de Educação do P.S.C., buscassem "brechas" legais para o trabalho de organização da população. Foi o caso da tentativa de criação e funcionamento do Conselho de Saúde da Comunidade que se revelaria, contudo, incapaz de romper com a situação de autoritarismo que, a partir da política mais geral, invadia também as práticas político-institucionais.

Neste contexto político, o que foi efetivamente implementado em Paulínia pode ser entendido como a tradução - ou a tradução possível, naquele momento - para a prática, das concepções, conceitos e princípios que se expressaram na elaboração do projeto. Constituindo-se enquanto projeto coletivo e partindo de distintos grupos com seus recortes político-ideológicos e diferentes formas de pensar a questão da saúde, na prática, na operacionalização do modelo, suas propostas sofreram transformações ou tiveram de ser atualizadas frente às exigências e limitações de ordem externa e aos conflitos internos.

No que concerne ao modelo de ensino médico que foi desenvolvido em Paulínia, no primeiro período, sua análise revela um relativo esvaziamento desta vertente do projeto, ao longo de sua implementação, em relação ao que fora formulado.

A concepção de ensino médico contida na proposta do P.S.C. assentava-se na idéia de integração da educação médica na rede de saúde, de tal forma que os alunos participassem ativamente do serviço, funcionando como membros da equipe e desenvolvendo todas as ações de caráter individual e coletivo a ela pertinentes.

Na fase de discussão e elaboração das propostas foi delineando-se a convicção de que o ensino médico - e o das outras profissões da saúde, como enfatizava o documento produzido em 1972 -, pela necessidade de sua articulação orgânica com a estrutura e o funcionamento dos serviços, acompanharia a implantação do modelo assistencial e a dinâmica de seu desenvolvimento. No contexto do trabalho de organização do serviço e de implementação dos programas, contudo, a questão assistencial foi, cada vez mais, ocupando um lugar central nos esforços da equipe do projeto, deslocando as práticas docentes para uma posição relativamente secundária e colocando em primeiro lugar os trabalhos com a comunidade.

A priorização do serviço e da construção do modelo assistencial era vista como necessária, inclusive para a preparação de um campo de trabalho mais adequado à incorporação dos estudantes de Medicina nos programas, o que fez com que sua presença nas atividades do P.S.C., no primeiro momento, não assumisse um peso significativo. Isto foi mais evidente no que se refere às práticas desenvolvidas pelos docentes ligados à corrente médico-social, sobretudo dentro do PAMI - onde se optou explicitamente por uma

atuação inicial sem os alunos, priorizando o trabalho junto à população - mas, com exceção do Programa de Saúde Escolar, nas outras áreas implementadas também as atividades docentes vieram a assumir um caráter na maioria das vezes pontual, não representando uma vertente significativa de sua atuação.

Quanto às ações em que foram envolvidos os alunos, elas consistiram, em grande parte, em atividades de atendimento clínico, seja junto aos escolares, seja nos exames para *screening* dos adultos, ao lado de alguns trabalhos educativos no PSE e junto à área de Educação, neste último caso através de estágios voluntários no Internato.

Com a Residência Médica, por sua vez, ocorreu um movimento em outra direção, com essa área sendo considerada estratégica para a preparação de agentes capacitados para o trabalho sanitário e político junto à população, o que fez com que ela fosse incorporada à dinâmica de implantação do P.S.C. e os residentes compusessem as equipes de todos os programas, ainda que esta participação se tenha limitado aos residentes de Medicina Preventiva e de Pediatria.

O modelo de ensino implementado em Paulínia foi marcado, assim, por uma integração parcial das práticas docentes da FCM/UNICAMP às práticas de saúde extramurais que estavam em implantação naquele momento, integrando somente alguns departamentos, envolvendo um número pequeno de alunos e uma única disciplina curricular.

O que adquire maior relevância na análise do que foi desenvolvido diz respeito, principalmente, à avaliação da capacidade de intervenção do projeto no sentido de desencadear transformações sobre o modelo educacional da escola médica. Apesar do P.S.C. ter-se constituído enquanto projeto institucional e de ter como um de seus objetivos influenciar na transformação paradigmática da FCM/UNICAMP, descentrando o lugar de suas atividades de ensino, pesquisa e assistência do hospital para a rede de saúde, o conjunto da escola médica, ou parcela expressiva de seus departamentos, não assumiu uma atuação extramural, não se integrando ou participando de alguma forma dos programas desenvolvidos na área de saúde.

Contendo uma proposta de educação médica inovadora, sintonizada com as experiências internacionais de programas de ensino extramural e que avançava em relação às recomendações ainda tímidas formuladas pelo MEC para a política de ensino médico, no início dos anos 70, o Programa de Saúde da Comunidade de Paulínia, na implementação do modelo educacional, constituiu-se como uma experiência restrita, por referência à diversidade das práticas docentes desenvolvidas em seu interior, à participação multidepartamental e, ainda, à repercussão do projeto na estrutura curricular. Neste último caso, a experiência desenvolvida não chegou a desencadear, para além de algumas programações pontuais, uma real mudança curricular, com a escola e o currículo médicos permanecendo sob orientação hegemônica do modelo tradicional, centrado no hospital-escola.

4.3. A CRISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO PROJETO

A implementação do projeto de Paulínia, nos moldes em que se vinha desenvolvendo desde a sua etapa inicial, sofreu uma significativa inflexão em meados da década de 70, conforme será analisado a seguir, a partir de um conjunto de tensões e conflitos que configuraram uma profunda crise do projeto, segundo os atores dele participantes, que pode ser entendida tanto na dimensão mais ampla da sua relação com a universidade quanto na esfera das relações internas ao próprio projeto. Esta crise resultaria, de um lado, no desligamento dos quadros da universidade de uma expressiva parcela dos docentes participantes da formulação e implementação do projeto e vinculados, principalmente, ao departamento de Medicina Preventiva e Social e, de outro, na redefinição e reformulação do Programa de Saúde da Comunidade quanto aos seus objetivos e aos modelos de ensino e serviço nele desenvolvidos.

A análise da crise exige que se tente recuperar o significado que o projeto de Paulínia assumiu no contexto político daquele período. Pode-se afirmar que, frente às proposições que estavam colocadas, naquele momento, para o setor saúde, para a escola e o ensino médicos, para a Medicina Preventiva e para as práticas de comunidade, o projeto formulado pelo DMPS teve a pretensão de avançar em todos estes sentidos, constituindo-se

em uma proposta inovadora para a educação médica e, sobretudo, para a reorganização do modelo assistencial e para as relações serviço-população.

A proposta representava, também, em particular para os docentes da corrente médico-social, um caminho para um projeto político mais amplo, que envolveria o trabalho teórico, articulado com setores progressistas da América Latina, em torno da construção de uma teoria social da Medicina, a realização de um trabalho de formação política de agentes que atuariam junto aos serviços de saúde e à população, assim como a luta pela transformação da escola médica e pela democratização da universidade, de forma a romper com a sua estrutura centralizadora de poder.

Como afirmou um dos componentes daquela corrente, as tarefas do grupo eram extremamente amplas: *"reformular o pensamento médico, entrar num projeto alternativo, ser um pólo de formação de pessoal, articular um movimento latino-americano, (...) ganhar legitimidade acadêmica, repensar a transformação da faculdade de Medicina, participar de um projeto de democratização da universidade, (isso o tornava) um projeto ambicioso, sem sombra de dúvidas".*⁸⁷

O caráter inovador do projeto trouxe a possibilidade de financiamento e assessoria externos, como os da Fundação Kellogg e da OPS, em função da sintonia do P.S.C. com os movimentos internacionais de reforma médica e de sua articulação com a rede de experiências latino-americanas de Medicina de Comunidade, mas, ao mesmo tempo, ampliou as áreas de conflito, tanto interno à equipe do projeto quanto no nível das relações institucionais.

No contexto político em que se encontrava o país na primeira metade dos anos 70, marcado pelo autoritarismo e pela repressão à expressão e à atividade políticas, um projeto institucional portador de novas perspectivas de organização do cuidado à saúde, apoiado, em grande medida, na participação popular e divergente do modelo tradicional de atenção à saúde e de ensino médico, representava uma iniciativa relativamente isolada, cujas dificuldades de implementação se acentuavam à medida que o seu campo de trabalho era

⁸⁷Entrevista de Antonio S. S. Arouca para esta pesquisa.

constituído por um município considerado área de segurança nacional. Os objetivos não explícitos, de caráter político partidário, de uma parcela da equipe formuladora do projeto, ainda que minimizados pela utilização de um duplo discurso, contribuíam, igualmente, para aumentar a fragilidade do projeto.

No contexto repressivo nacional, a UNICAMP representava um espaço de relativa liberdade para o desenvolvimento de reflexões e práticas inovadoras, permitindo a convivência de linhas políticas progressistas; mas, ao mesmo tempo, este espaço era mantido sob controle, dentro de uma estrutura centralizada de poder e personalizada na figura do reitor, sem dispor de uma democratização mais ampla dos processos decisórios.

No que se refere ao Programa de Saúde da Comunidade, a universidade apoiava o projeto, principalmente por se constituir numa proposta inovadora para o ensino e, neste sentido, não obstaculizou sua criação; no que se refere, entretanto, ao trabalho com a população, havia uma incompatibilidade do projeto político-ideológico da corrente médico-social com os interesses da instituição acadêmica, configurando uma área de conflito potencial nas relações institucionais do P.S.C..

A situação de relativa instabilidade em termos do respaldo institucional ao projeto de Paulínia seria agravada pelo posicionamento dos membros da corrente médico-social, juntamente com outros docentes aliados, em apoio à luta pela democratização da universidade, participando ativamente da articulação política que pretendia transformar a sua estrutura de poder e implantar eleições diretas para reitor. A derrota política desta articulação no Conselho Universitário constituiu-se num fator determinante para a retirada do apoio da direção da universidade ao trabalho daquele grupo e para a desestabilização político-institucional do projeto.

A centralização da tomada de decisões que caracterizava a estrutura universitária tornava os departamentos e faculdades excessivamente dependentes do poder central, em particular da figura do reitor, de tal forma que a retirada do seu apoio, representou a fragilização do P.S.C. também junto à direção da FCM, que passou a não mais representar uma instância de defesa do projeto. Ao lado disto, devem-se lembrar as dificuldades de implementação das reformas na área do ensino médico, não tendo

conseguido efetivar-se, a partir do P.S.C., as mudanças esperadas no ensino da FCM/UNICAMP, além do quase ausente envolvimento dos demais departamentos da escola médica com o projeto, visto como sendo apenas do DMPS. Isto contribuiu para que o conjunto da FCM se mantivesse, de certa forma, alheio à crise ocorrida.

Dificuldades relacionadas à condução dos conflitos institucionais pela coordenação do DMPS⁸⁸, que também coordenava o P.S.C., associadas a denúncias feitas à reitoria no contexto de fechamento e repressão política em que se encontrava o país⁸⁹, fizeram com que o conjunto do projeto de Paulínia e do DMPS fosse afetado. Passa-se, então, a conviver com uma estratégia de esvaziamento e de cerceamento das atividades dos docentes, o que exacerbava os conflitos já existentes no interior da equipe, ligados à existência de distintas concepções sobre o trabalho extramural, fragilizando ainda mais o projeto.

As leituras efetuadas pelos membros das diferentes correntes a respeito da crise divergem com relação aos principais determinantes que levaram ao seu desencadeamento e desdobramentos. Enquanto, para uns, eles se localizavam, sobretudo, no plano institucional, no contexto das disputas por espaços políticos dentro da universidade, para outros eles se localizavam, principalmente, nas relações internas à equipe do projeto, envolvendo conflitos de cunho ideológico e, mesmo, de ordem pessoal. De qualquer maneira, estes dois conjuntos de determinantes, apesar da ênfase diferencial que assumem na interpretação das correntes participantes do P.S.C., compõem o quadro onde cada uma procura explicar a crise ocorrida com o projeto.

As tensões no interior da equipe ligavam-se, principalmente, à existência de distintas concepções político-ideológicas acerca do trabalho a ser realizado na comunidade e que, expressas no processo de formulação do projeto, através das propostas das correntes preventivista e médico-social, intensificaram-se ao longo do processo de implementação do trabalho em Paulínia.

⁸⁸Entrevista de Antonio S. S. Arouca e de Reginaldo Z. de Campos para a pesquisa.

⁸⁹As denúncias girariam em torno do caráter político-partidário que membros da corrente médico-social teriam imposto ao projeto, segundo afirmação de um de seus componentes.

A partir da implantação do projeto, as correntes formuladoras do Programa de Saúde da Comunidade passaram a disputar concretamente espaços na experimentação de suas propostas para a área assistencial e de trabalho educativo junto à população, polarizando em torno de determinados aspectos e aumentando os conflitos internos. Além dos condicionantes de natureza política mais geral, dependentes das opções político-partidárias dos seus agentes, a heterogeneidade dos componentes da equipe quanto à experiência de trabalho em serviços de saúde também influenciaram a configuração de disputas de caráter técnico e tensionaram a forma de implementação do P.S.C..

O debate sobre as questões que suscitavam divergências e o próprio processo de reelaboração do projeto deslocar-se-ia, cada vez mais, após o início de desenvolvimento das atividades, do Departamento de Medicina Preventiva e Social para o LEMC⁹⁰ que, através da realização de seminários, de cursos noturnos extracurriculares, da formação de monitores e do programa de Residência, assumiria em grande medida a discussão, a crítica e a reflexão sobre o projeto de Paulínia, trazendo-as para o espaço onde era hegemônica a corrente médico-social.

Entre as questões suscitadas pela implementação do P.S.C. e que polarizaram a discussão entre as duas correntes, estava a que se referia à cobertura assistencial do serviço. Os docentes da corrente médico-social, ao considerar como prioritário o método, o teste de modelos de atenção à saúde, o estabelecimento de padrões de qualidade, posicionavam-se contrariamente ao atendimento do conjunto da demanda, entrando em conflito com a coordenação do P.S.C., que defendia uma maior cobertura assistencial do serviço, não aceitando a rejeição da demanda e defendendo que ela se organizaria no decorrer do processo de implementação dos programas⁹¹.

A questão da qualidade *versus* cobertura constituiu-se em fator de permanente conflito no interior da equipe do projeto e teve sua radicalização no questionamento que

⁹⁰A criação do LEMC, em dezembro de 1973, coincide com o início do funcionamento do Centro de Saúde-Escola, intensificando-se, a partir daí, as atividades dos diversos programas e, juntamente com elas, os conflitos internos.

⁹¹Neste ponto, a posição da coordenação do P.S.C., apesar de partir de concepções distintas, coincidia com a política de saúde que vinha sendo implementada no país, em meados dos anos 70 - e cuja marca mais evidente era o Plano de Pronta Ação -, que propunha para as unidades de saúde a incorporação mais intensiva da assistência médica e a extensão da cobertura assistencial.

passou a realizar-se da possibilidade dos docentes, que não exerciam atividades clínicas, trabalharem com as questões ligadas ao processo saúde-doença e à organização dos serviços⁹². As divergências em torno deste ponto revelavam, por outro lado, uma separação de outra ordem que começava a esboçar-se dentro da equipe, dividindo seus componentes entre formuladores e executores, ou entre "teóricos" e "basistas"⁹³, e que consistiu em uma das expressões dos conflitos de ordem pessoal que também foram instalando-se entre os componentes do projeto⁹⁴.

A implementação do P.S.C. colocou para a corrente médico-social, através de suas inserções nos diferentes programas, um conjunto crescente de questionamentos e de novas demandas, fazendo com que a equipe, unida inicialmente pela mesma base teórica, ao longo do trabalho concreto fosse sofrendo sucessivos desgastes à medida que não conseguia manter a unidade no tratamento das diferentes questões⁹⁵.

A existência dos dois níveis de discurso sobre o projeto de Paulínia - os textos políticos e os textos oficiais - também contribuiu para aprofundar o desgaste, ao clivar não apenas o DMPS⁹⁶, mas a própria corrente médico-social⁹⁷, já que nem todos seus componentes tinham acesso ao material ou participavam das discussões políticas.

A este quadro, associaram-se os conflitos desencadeados pelos assessores internacionais ligados ao convênio UNICAMP/F.KELLOGG que, defendendo uma proposta de racionalização dos serviços⁹⁸, entraram em choque com a orientação hegemônica dada ao projeto, passando a cobrar do DMPS um posicionamento mais explícito a respeito das diretrizes do trabalho de comunidade e a confrontar a coordenação do departamento com os membros da corrente médico-social, culminando com a efetuação de uma denúncia ao reitor da universidade.

⁹²Entrevista de Antonio S. S. Arouca.

⁹³Entrevista de Célia L. Ramos para a pesquisa.

⁹⁴"Não se pode entender esse projeto se não se entende-lo, não só na dimensão política mas, também, em todo seu componente afetivo, porque a crise também se dá no nível afetivo". (Entrevista de Antonio S. S. Arouca).

⁹⁵Entrevista de Célia L. Ramos.

⁹⁶Entrevista de Roosevelt M. S. Cassorla para esta pesquisa.

⁹⁷Entrevista de Antonio S. S. Arouca.

⁹⁸Entrevista de Reginaldo Z. de Campos.

Durante os desdobramentos da crise, no início de 1975, surgiram duas tentativas, praticamente simultâneas, de imprimir-se uma nova orientação ao trabalho em Paulínia e que, opondo-se às concepções da corrente médico-social, retomavam os princípios contidos nos modelos da Medicina Integral e da Medicina Familiar.

Uma delas consistiu na proposta, apresentada por um dos assessores contratados pelo convênio UNICAMP/F.KELLOGG, de implantação de um programa de atenção médica integral dirigido a um grupo populacional específico do município de Paulínia, formado pelas famílias excluídas da cobertura previdenciária. Ao lado do interesse em estudar a eficiência de dois sub-sistemas de prestação de serviços, o que ficava bem demarcado em tal proposta era a reafirmação da família como núcleo básico de ação e a tentativa de se introduzir este recorte na orientação de todas as atividades da unidade de saúde. (SOTO,1975).

Sem diferir essencialmente desta, também foi articulada, agora a partir da corrente preventivista, outra proposta no sentido do ressurgimento do modelo assistencial e de ensino baseado na Clínica de Família. Fazendo a crítica à *"falta de convicção e de decisão"* dos docentes que participaram da experiência anterior (BJO), seus proponentes buscavam, mais uma vez, reconstruir uma experiência baseada na unidade familiar, realizando, *"agora com mais elementos tanto de conhecimentos como de prática e de recursos, (...) o que não foi possível realizar no bairro Jardim dos Oliveiras"*. (TOBAR-ACOSTA & TOBAR,1975).

Diante da conjuntura de disputa política em que se fragilizava a hegemonia da corrente médico-social e em que o próprio projeto perdia seu apoio institucional, tais iniciativas procuraram resgatar e reatualizar propostas que haviam sido parcialmente superadas ao longo da discussão do P.S.C. e, com isso, ganhar espaço na condução do projeto - no caso dos assessores - ou manter a liderança nas mãos da coordenação - exercida por um docente da corrente preventivista, cujo poder também se esvaziava. Estas tentativas, contudo, não conseguiram se efetivar, à medida que elas não foram capazes de reaglutinar a equipe em torno da "nova" idéia e nem de impedir o desdobramento dos conflitos internos e externos ao projeto.

Embora sem esgotar completamente o conjunto de determinantes vinculados à crise do projeto de Paulínia, consideramos, contudo, que aqueles relacionados às divergências políticas externas assumiram um papel central, fazendo dela, em primeiro lugar, uma crise político-institucional, com as várias dimensões em que se manifestaram os conflitos internos à equipe de trabalho - de cunho ideológico, de caráter técnico ou de ordem pessoal - contribuindo, subordinadamente à questão institucional, para o processo de desgaste do projeto.

Com relação aos demais parceiros institucionais que participavam do convênio de Paulínia, a Prefeitura do município e a Secretaria Estadual da Saúde, pode-se afirmar que a crise política que afetou a universidade passou por fora destas instituições, que se mantiveram afastadas daquele processo, não assumindo qualquer papel de mediação política da crise.

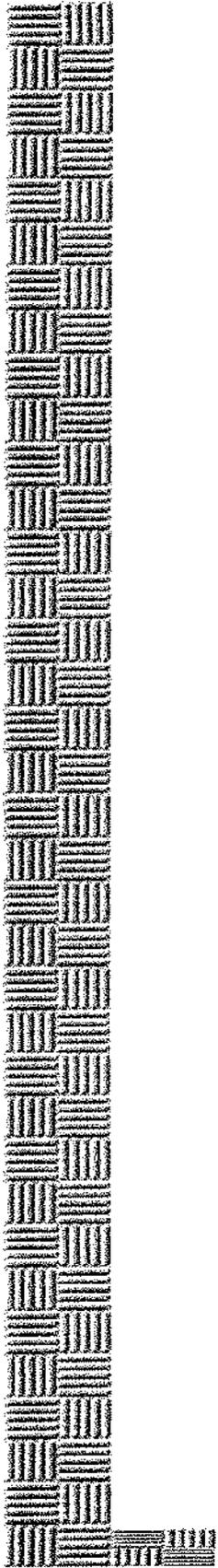
A intervenção realizada no Programa de Saúde da Comunidade, de caráter cerceador às atividades dos professores e residentes que nele trabalhavam, teve como consequência o seu afastamento do projeto e do próprio DMPS, que perderia, assim, parcela significativa dos seus docentes, que se transferiram para outros departamentos ou, em sua maioria, para outras instituições de ensino e pesquisa⁹⁹. Também, como consequência da crise, o coordenador do DMPS afastou-se do departamento, deixando de responder pela direção do Programa de Saúde da Comunidade e pela execução do convênio UNICAMP/F.KELLOGG que, da mesma forma que a direção do Centro de Saúde-Escola, passaram a ser exercidas por um docente, médico sanitário da Divisão Regional de Saúde de Campinas¹⁰⁰.

No contexto de crise e de esvaziamento do DMPS, o projeto em desenvolvimento em Paulínia não foi interrompido, mas sofreu significativas mudanças em sua trajetória, assumindo, a partir dos acontecimentos que se desenrolaram entre 1974 e 1975, uma outra configuração, marcada pela continuidade das características formais do

⁹⁹O DMPS perdeu, nesta época, sete docentes, além de residentes e de outros profissionais não médicos.

¹⁰⁰Dr. Júlio Henrique Basso, professor assistente em tempo parcial do DMPS, que, em novembro de 1975, também foi designado diretor técnico da Divisão Regional de Saúde de Campinas.

programa - manutenção do convênio, das relações interinstitucionais, do apoio formal da escola médica ao projeto -, mas com profundas modificações em sua concepção.



***5. O PROJETO DE PAULÍNIA :
EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO -
1975 -1985***

5.1. O PERÍODO PÓS-CRISE ATÉ 1978

No período que se seguiu à crise política do projeto, com as mudanças havidas na coordenação do DMPS e do Programa de Saúde da Comunidade e no conjunto da equipe de trabalho, o projeto de Paulínia seria submetido a duas tendências: a primeira, de retorno para dentro da unidade de saúde, cessando as atividades externas e os trabalhos junto à população; a segunda, de reestruturação do Centro de Saúde a partir da reprodução do modelo tradicional de prestação de serviços das unidades básicas da SES/SP.

Uma tendência que também marcaria este período, e que se reflete na apreensão possível do que nele ocorreu, diz respeito à escassez de registros sobre a experiência em andamento, tanto em relação à sua formulação como ao desenvolvimento das práticas assistenciais e docentes, representando uma das expressões do esvaziamento a que foi submetida aquela experiência e da orientação mais pragmática que passou a imprimir-se ao projeto.

A formulação do projeto

Do ponto de vista do trabalho de formulação do projeto, o número restrito de participantes envolvidos e o esfriamento do processo de discussão fizeram com que o período pós-crise fosse marcado por uma extrema carência de elaboração de propostas, tanto para a esfera do serviço como para a do ensino, especialmente quando se compara com o período anterior.

No que diz respeito à formulação de modelos para a esfera assistencial e de ensino, o que foi elaborado surgiu, principalmente, a partir da direção do Centro de Saúde-Escola, ocupada naquele momento por um sanitarista da Divisão Regional de Saúde de Campinas¹⁰¹, e com alguma participação da direção da FCM. O documento apresentado pelo diretor do CSEP por ocasião da VI Conferência Pan-Americana e XIV Congresso

¹⁰¹ Este profissional, também docente do DMPS, por seu vínculo com a SES/SP foi indicado, pelo reitor, para dirigir o CSEP, responder pelo P.S.C. e ser o executor do convênio UNICAMP/ F.KELLOGG.

Brasileiro de Educação Médica, realizados em novembro de 1976, reflete bem as mudanças que ocorreram na concepção do projeto de Paulínia após a crise.

Com referência ao ensino, o projeto retomava o modelo da Medicina Preventiva, defendendo três grandes objetivos: "*a prática da Medicina em nível familiar*", "*o desenvolvimento das habilidades, pela prática assistencial desarmada da sofisticação tecnológica*" e "*a mudança de atitudes, pela visão ampliada da problemática de saúde de cada indivíduo como consequência de um conjunto de fatores que envolvem o próprio indivíduo e o seu ambiente*". (BASSO,1976).

Na esfera assistencial, a concepção norteadora do modelo partia da compreensão de que os problemas relacionados aos setores saúde e educação eram decorrentes do "*divórcio*" entre estes dois sistemas e da existência de uma "*permanente inadequação entre a geração dos agentes e as necessidades sentidas pelas agências (de serviços)*". Em vista disto, o Programa de Saúde da Comunidade representaria um modelo experimental que pretendia "*estabelecer os ajustes necessários para assegurar a evolução do processo de integração entre os dois sistemas*". (BASSO,1976).

O referencial teórico teve sua inspiração no primeiro plano elaborado para Paulínia (UNICAMP/FCM,1972), optando-se, a partir do diagnóstico de inadequação entre os sistemas de saúde e de ensino médico, por uma saída racionalizadora, apoiada em ajustes técnico-administrativos e em critérios econômicos que orientariam a reorganização das agências prestadoras de serviços e o estabelecimento de relações funcionais entre os diversos níveis do sistema de saúde. Da mesma forma que naquele plano, os princípios da Medicina Integral e da Medicina Integrada permaneceriam na base do modelo assistencial e do modelo de ensino médico.

Retomava-se, igualmente, a perspectiva de constituição de uma rede de serviços, regionalizada, hierarquizada e integrada que, a longo prazo, englobaria toda a região administrativa de Campinas, reproduzindo o modelo assistencial de Paulínia e criando um novo espaço de trabalho médico¹⁰².

¹⁰²"Não há médicos gerais particularmente porque carecemos de modelos dentro da Universidade e de mercado fora dela. O tipo de sistema que propomos criaria essas duas condições básicas". (BASSO,1976).

A questão da regionalização foi um dos aspectos do Plano de 1972, particularmente reelaborado no período pós-crise, tendo-se constituído em objeto de trabalho de uma comissão criada pela direção da FCM/UNICAMP, que chegou a preparar uma proposta de regionalização dos serviços de saúde de Campinas, com a colaboração da universidade, inspirando-se no novo papel reservado a ela a partir da lei que criou o Sistema Nacional de Saúde, não tendo conseguido, contudo, avançar em termos da sua implementação. (UNICAMP/FCM,s.d.).

Esta compreensão do P.S.C. expressava a recusa dos novos atores que dele participavam, com relação aos pontos mais conflituos, presentes nas formulações que se seguiram ao primeiro projeto para Paulínia, fazendo com que retomassem os elementos consensuais do plano oficial de 1972, centrado nas transformações da escola e do ensino médicos e onde o modelo assistencial era trabalhado apenas em termos dos aspectos organizacionais da rede de serviços.

Traduzia também, por outro lado, a inexistência de uma proposta alternativa àquela da corrente médico-social, por parte do grupo que assumiu a direção do P.S.C. e que se refletiria, assim, na sua adesão ao projeto institucional inicialmente elaborado.

Outra expressão do que se pretendia realizar em Paulínia pode ser apreendida através do convênio SES/UNICAMP/PMP, renovado em julho de 1976. Nele, os objetivos referentes ao ensino aparecem de forma mais explícita que no termo de convênio assinado em 1971, demonstrando a preocupação, também por parte da SES/SP, com a formação dos estudantes na área de Saúde Pública. A área de cobertura do CSEP também foi colocada como passível de ampliação para além do município de Paulínia, evidenciando que a regionalização do projeto era uma perspectiva aceita pelas três instituições. Quanto à gestão do serviço, contudo, foi mantida a proporção anterior na representação de cada uma das instituições no Conselho Diretor do CSE, tendo o município um peso menor na condução do projeto¹⁰³, além de explicitar-se, no convênio, que a operação do CSE seria da FCM/UNICAMP, que também teria a prerrogativa de indicação do diretor da unidade de saúde.

¹⁰³Dos sete membros do Conselho Diretor, três representavam a SES/SP, três a universidade e um o município.

No que se refere ao financiamento do serviço, os compromissos firmados em 1971 permaneceram inalterados, cabendo à Prefeitura a doação do prédio do Centro de Saúde à SES, à universidade a manutenção dos recursos humanos e materiais já alocados na unidade e à Secretaria Estadual da Saúde, as despesas de custeio das atividades do CSE.

Por outro lado, neste período já é possível identificar a presença, de certa forma ainda incipiente, da Prefeitura de Paulínia na formulação de propostas para a área assistencial da saúde do município. Uma das iniciativas referiu-se à proposição, trazida pelo prefeito¹⁰⁴ ao Conselho Técnico-Administrativo do CSE, a partir de solicitações dos vereadores e da população, de contar-se com um hospital no município. Estudo realizado pelo representante da FCM naquele conselho¹⁰⁵, que concluiu não ser necessário, do ponto de vista técnico, construir um hospital na cidade, aliado ao alto custo de um investimento dessa natureza, fizeram com que a Prefeitura abandonasse a idéia, optando por melhorar a área física e equipar o Pronto Socorro já existente¹⁰⁶.

Delineia-se, ainda, nesta fase, o início da demanda, que já existia em determinados setores da população e agora é reivindicada pela Prefeitura, por uma descentralização do atendimento do Centro de Saúde-Escola¹⁰⁷, sobretudo para áreas com maior dificuldade de acesso, como o bairro de João Aranha¹⁰⁸. O esvaziamento do CSE que se seguiu à crise, principalmente em termos de pessoal, e o não envolvimento da Prefeitura com a contratação de profissionais contribuíram, entretanto, para que não se conseguissem estender, naquele momento, os serviços médico-assistenciais para os bairros.

A implementação do projeto

O Programa de Saúde da Comunidade, no período 1975-1978, teve sua implementação dependente das limitações sofridas pelo projeto em termos de sua

¹⁰⁴No período de janeiro de 1976 a julho de 1979, foi prefeito de Paulínia o sr. José Antonio Maranhão.

¹⁰⁵Entrevista de Manildo Fávero para esta pesquisa.

¹⁰⁶Entrevista de José Martins Filho, à época chefe do departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP e diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia, para esta pesquisa.

¹⁰⁷Idem.

¹⁰⁸A possibilidade de ampliação das ações de saúde, através de "unidades satélites", localizadas fora da área urbana do município, fazia parte do convênio celebrado entre a UNICAMP e a PMP para integração do Pronto Socorro Municipal ao CSE, assinado em 15 de agosto de 1975.

formulação, do tamanho e do grau de envolvimento da equipe de trabalho e do apoio da instituição acadêmica, fazendo, assim, com que a experiência não tenha sido significativamente ampliada, embora tivesse ocorrido a tentativa de manterem-se alguns programas em andamento e, mesmo, de implantarem-se outros.

Com a tendência de retorno do projeto para dentro da unidade de saúde e de reestruturação do serviço sem a participação da população, os programas com maior inserção na comunidade ou implementados junto a instituições extra-setoriais sofreram interrupção, como ocorreu com a Saúde Escolar e com as atividades externas da área de Educação em Saúde.

Outros programas, como Puericultura e aqueles ligados à área de atenção ao adulto, foram mantidos mas, agora, realizados dentro dos limites das normatizações emanadas da SES/SP e restritos às atividades intramurais.

Na área de atenção à criança, procurou-se estender a faixa etária coberta pelo serviço, de forma a abranger o grupo de crianças de dois a seis anos. As ações originalmente realizadas pelo serviço de Puericultura foram mantidas, envolvendo atendimento médico e de enfermagem, imunização e suplementação alimentar¹⁰⁹. As atividades educativas no interior do programa, por sua vez, passaram a ocupar um lugar complementar, diferentemente da centralidade que lhes era reservada na fase anterior, assumindo as características da educação sanitária tradicional, de caráter mais prescritivo, presente no modelo assistencial da rede de unidades da SES/SP.

Dentro do Programa de Atenção Materno-Infantil, a área de atenção à mulher, pouco expressiva em termos do seu volume de atendimentos, até 1976, experimentou alguma expansão a partir do segundo semestre de 1977. As atividades desenvolvidas, incluindo a atenção pré-natal e de puerpério, o atendimento ginecológico e a prevenção de câncer de colo e de mama e da gravidez de alto risco, passaram a representar, por esta época, 20% do total das atividades do CSEP. (UNICAMP/CSEP, 1978).

¹⁰⁹Neste período, a Prefeitura de Paulínia criou o Centro Especial de Treinamento Municipal (CETREIM), órgão ligado à Divisão de Saúde e Meio Ambiente, que se constituiu em serviço de referência para o cuidado de crianças portadoras de desajustes emocionais, deficiência física ou mental.

Na área de atenção ao adulto mantiveram-se as ações médico-sanitárias tradicionalmente vinculadas aos sub-programas verticalizados de controle da Tuberculose, Hanseníase e Esquistossomose, associadas, em menor proporção, ao atendimento não programático de pacientes com problemas agudos ou crônicos. Há que se salientar, com relação ao modelo anterior, a interrupção das atividades de *screening* de saúde da população adulta.

Outras áreas de trabalho foram introduzidas no CSEP, como foi o caso da Odontologia Sanitária, iniciada em 1975, com atividades, principalmente, no grupo de crianças e gestantes do PAMI e que, no ano seguinte, passaria a ter a participação da Faculdade de Odontologia da UNICAMP. (UNICAMP/PSC/CSEP,1975).

Neste período, a integração interinstitucional, pelo menos na esfera do setor público, foi ampliada, com a incorporação mais efetiva do INPS, através do convênio CIAM, ao conjunto de instituições participantes da assistência prestada à população do município e realizada no Centro de Saúde-Escola, iniciando-se, ainda que de forma restrita, a ampliação da cobertura assistencial da população previdenciária local.

As ações educativas no P.S.C. foram reduzidas àquelas previstas nos programas da SES/SP, em sua maioria de caráter individual, voltadas para a prevenção de doenças específicas e desenvolvidas dentro de um modelo de educação sanitária prescritiva. As atividades que eram anteriormente implementadas pela área de Educação e Promoção da Saúde no interior dos diversos programas, de caráter mais participativo, foram interrompidas, assim como os trabalhos externos de organização da comunidade.

Algumas ações de educação sanitária - entre as quais cursos para professoras das creches e trabalhos comunitários de estímulo ao aleitamento materno¹¹⁰ - foram realizadas diretamente pelo município, através da Divisão de Saúde e Meio Ambiente e com a colaboração do Centro de Ação Comunitária, órgão criado para coordenar a assistência pública municipal. Apesar da presença de um docente da FCM/UNICAMP à frente da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura durante grande parte deste período, as relações do poder público local com o CSE não experimentaram uma aproximação maior,

¹¹⁰Entrevista de José Martins Filho.

não tendo sido implementados projetos conjuntos¹¹¹ e com a Prefeitura limitando-se a uma participação formal no colegiado gestor da unidade.

O modelo de prestação de serviços comportou, por outro lado, a incorporação do atendimento das emergências médicas, que era assumido até então pelo município e funcionava no prédio da Prefeitura. A transferência do Pronto Socorro Municipal para uma parte das instalações do Centro de Saúde-Escola ocorreu no contexto da assinatura de um convênio entre a PMP e a UNICAMP, visando a integração física e funcional dos serviços (PAULÍNIA,1975; UNICAMP/PMP,1975), trazendo para o Programa de Saúde da Comunidade a coordenação das atividades comunitárias de atenção médica relacionadas aos programas do CSE e ao atendimento de Pronto Socorro. Como suporte diagnóstico para ambos os serviços foi criado, ainda, no período, um pequeno laboratório de análises clínicas dentro da unidade de saúde, que passou a dar apoio ao conjunto das atividades assistenciais.

A convivência entre serviços orientados por distintas lógicas de organização e de gerenciamento teve como consequência uma acentuação do perfil programático das áreas de atenção à criança e ao adulto, já que o P.S., funcionando na prática como um pronto atendimento dentro da unidade, permitiu que, progressivamente, as áreas passassem a trabalhar quase que exclusivamente com pacientes agendados, descompromissando-se de dar respostas à demanda espontânea. Esta situação converteu-se num ponto de conflito entre as equipes dos dois setores, com críticas crescentes dos profissionais do P.S. e da população à falta de atendimento dos ambulatórios¹¹².

O modelo assistencial implementado no projeto de Paulínia, neste período, pode ser considerado como muito próximo do modelo médico-sanitário presente nas unidades básicas da Secretaria Estadual da Saúde. Os objetivos do projeto na área assistencial colocavam-se nos limites das diretrizes da SES/SP para a atuação das unidades sanitárias, envolvendo atividades médico-assistenciais vinculadas aos diversos programas, ao lado das ações tradicionalmente atribuídas à esfera da Saúde Pública, como imunização, vigilância epidemiológica e sanitária e saneamento do meio.

¹¹¹Entrevista de Nelson R. dos Santos.

¹¹²Entrevista de José P.M.Bonilha Jr., à época chefe do Pronto Socorro Municipal, para esta pesquisa.

O modelo tecnológico que orientava o processo de trabalho no CSE apoiava-se nos programas do tipo vertical permanente especializado, voltados para segmentos da população portadores de determinadas doenças ou pertencentes a grupos etários considerados de maior risco e, em vista disto, continuava, de certa forma, selecionando a clientela, a despeito do caráter potencialmente universal do atendimento nos Centros de Saúde.

Quanto à gestão do modelo assistencial, ocorreu, nesta fase, um fortalecimento do papel da Secretaria Estadual da Saúde, que veio a assumir uma função gerencial relativamente ao P.S.C. e ao CSE. A universidade, ainda que presente, principalmente através do departamento de Medicina Preventiva e Social, teve uma participação pouco intensa e expressiva, tanto no que se refere à formulação quanto à condução do projeto. No que concerne ao município, houve um maior envolvimento da Prefeitura nas definições relacionadas à prestação de serviços, expressa, de modo especial, na decisão de vincular o Pronto Socorro Municipal ao Centro de Saúde, mas, também, nas reivindicações e propostas apresentadas por ela ao colegiado gestor do convênio.

Relativamente à questão do financiamento dos serviços, no período de 1976 a 1978 a Prefeitura arcou com mais da metade das despesas com assistência médico-sanitária realizadas no município, tendo o convênio SES/UNICAMP/PMP, referente ao CSEP, representado o aporte complementar para a sustentação financeira do modelo assistencial¹¹³. De outro lado, grande parte dos insumos utilizados na unidade sanitária, tais como vacinas, leite, medicamentos e impressos, provinham da Secretaria Estadual da Saúde, que também mantinha alguns funcionários médicos e de enfermagem no CSEP, com a participação da universidade restringindo-se ao pagamento dos salários dos docentes que trabalhavam no projeto.

Quando se consideram as diretrizes assumidas pelo P.S.C. após a crise, inspiradas na formulação realizada pela FCM/UNICAMP em 1972, o que se evidencia é que o modelo assistencial implementado restringiu-se ao trabalho em uma unidade de saúde, não

¹¹³ Em 1976, a parcela do convênio SES/UNICAMP/PMP representou 44,2% dos gastos com assistência médico-sanitária no município, reduzindo-se para 29,4% em 1977 e 31,8% em 1978. (PMP, 1976-1990).

se tendo esboçado a conformação organizacional de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, nem mesmo no âmbito do próprio município.

Do ponto de vista dos princípios orientadores do modelo - a Medicina Integral e a Medicina Integrada -, pode-se afirmar que se conseguiu manter, e mesmo ampliar, a integração entre os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde no município. No que se refere à integralidade da atenção, por sua vez, o que se implementou caminhou menos no sentido da promoção e proteção da saúde - valorizadas no primeiro período e buscadas nos trabalhos junto à população - e mais no sentido das ações de recuperação da saúde, do que foi um exemplo a incorporação do atendimento de emergência ao espectro de atuação da unidade de saúde.

Com relação ao *ensino* desenvolvido no P.S.C., no período que se seguiu à crise do projeto de Paulínia, as atividades que vinham sendo implementadas não foram totalmente interrompidas, mas sofreram várias mudanças.

O departamento de Medicina Preventiva e Social, principal formulador e implementador do projeto, em decorrência do significativo contingente de docentes afastados, teve grande parte dos seus cursos comprometida em sua estruturação. A chefia do departamento também foi objeto da intervenção do reitor, que trouxe um membro da área de Medicina Preventiva da USP de Ribeirão Preto com o objetivo de reorganizar o DMPS/UNICAMP.

A compreensão, trazida para o departamento, a respeito do papel daquela área apoiava-se na concepção tradicional da Medicina Preventiva, entendida enquanto a formação de uma nova atitude, capaz de provocar mudanças na prática médica e, por esta razão, devendo permear todo o ensino médico e estar presente dentro dos demais departamentos da escola médica¹¹⁴.

Tal compreensão, apontando no sentido de uma aproximação maior com os departamentos clínicos, fez com que se buscasse reorganizar o DMPS reforçando áreas supostamente mais técnicas, como a Epidemiologia e a Medicina do Trabalho, em

¹¹⁴Entrevista de Manoel Fávero, coordenador do DMPS/UNICAMP de 1976 a 1982.

contraposição às Ciências Sociais e à área de Medicina Social, numa orientação departamental que teria reflexos não só sobre a conformação das áreas mas, a médio prazo, sobre o perfil do ensino ministrado pelo departamento¹¹⁵.

Assim, as disciplinas do quarto e quinto anos do curso médico, que eram de responsabilidade do DMPS, deixaram de utilizar, de forma regular, o campo de práticas do P.S.C., mantendo-se estágios opcionais para os alunos do sexto ano, desenvolvidos junto aos ambulatórios do CSE e, eventualmente, envolvendo atividades de Vigilância Epidemiológica e de Saneamento.

O departamento de Pediatria, por sua vez, continuou a trabalhar com seus alunos no Programa de Atenção Materno-Infantil desenvolvido em Paulínia, tendo se esboçado, também, algumas iniciativas de outros departamentos clínicos, como os de Tocoginecologia e de Clínica Médica, no sentido da utilização do P.S.C. como campo de estágio, mas sem continuidade. (BASSO, 1976).

Não foram desenvolvidas, neste período, com exceção de algumas atividades em Pediatria, programações para residentes em Paulínia, inclusive com o DMPS mantendo suspenso seu programa de Residência Médica¹¹⁶.

A falta de integração entre os departamentos que tentaram desenvolver estágios em Paulínia fez com que a direção do CSE defendesse "*a necessidade de introdução dos estudantes no projeto sem vinculação direta com as áreas docentes isoladas de ensino*", buscando, para tanto, a constituição de uma equipe docente própria do projeto, formada a partir da contratação de docentes pelos diversos departamentos. (IDEM, p.8).

A necessidade de melhor definição dos recursos docentes com que contava o projeto seria intensificada a partir de 1977, quando o estágio de Internato em Paulínia deixou de ser opcional, passando a constituir uma disciplina curricular obrigatória, sob o

¹¹⁵Esta orientação vinculava-se à busca de uma maior "neutralidade" para o projeto departamental, tentando esvaziá-lo de conteúdos políticos: "*o departamento foi se reestruturando numa outra linha, muito mais neutra do ponto de vista político-ideológico, muito mais pragmática, no sentido de que você faz, analisa, mas não vai fundo*". (Entrevista de Reginaldo Z. de Campos).

¹¹⁶O Serviço de Odontologia do CSEP passou a ser utilizado para formação dos alunos de quarto ano da Faculdade de Odontologia da UNICAMP, tendo sido mantidos, também, os estágios regulares do curso de Enfermagem do Colégio Técnico da UNICAMP.

nome de Medicina Comunitária, vinculada ao departamento de Medicina Preventiva e Social. A institucionalização do ensino extramural realizou-se, assim, através da delegação da tarefa a um único departamento, imprimindo-lhe caráter e conteúdos restritos, por referência ao conjunto das possibilidades projetadas para o desenvolvimento do ensino médico na rede de serviços de saúde.

Afora esta institucionalização, o modelo de ensino médico implementado pela FCM/UNICAMP em Paulínia, nesta etapa, caracterizou-se por sua presença pontual no interior do currículo médico, através de contatos esporádicos dos alunos com as áreas de atendimento, sem uma unidade na condução dos estágios, seja por estarem vinculados a diferentes departamentos ou ligarem-se a uma escolha particular dos alunos por determinada área, seja pela ausência de docentes com vínculo de trabalho mais estreito com o projeto ou, ainda, pela falta de uma coordenação das atividades docente-assistenciais no nível da escola médica.

5.2. A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA - 1979-1985

No final da década de 70, o projeto de Paulínia voltou a ser objeto de um processo mais intenso de elaboração e experimentação de modelos, assumindo, a partir daí, uma nova e diferenciada configuração, principalmente no que se refere à marcada ênfase que a organização dos serviços adquiriu no conjunto da formulação e da implementação do projeto.

As mudanças experimentadas nesta fase estiveram ligadas à introdução de novos atores e concepções sobre ensino e serviço na cena político-institucional onde o trabalho se desenvolvia e, ao mesmo tempo, à sua vinculação às transformações ocorridas na política de saúde do país, nos anos 80, que buscaram reorientar a prestação de serviços, em resposta à crise da medicina previdenciária, e que exerceram influência decisiva no modelo assistencial que se construiu em Paulínia, ao longo da década.

A situação de relativa estagnação do trabalho no Centro de Saúde-Escola, que marcou o período pós-crise, acentuou-se a partir do final de 1977, quando o diretor da unidade de saúde demitiu-se do DMPS e do cargo e a coordenação do serviço passou a ser exercida, sucessivamente, e de forma temporária, por vários professores daquele departamento. A dificuldade de envolvimento dos docentes do DMPS com o projeto de Paulínia, após a crise política ocorrida na metade dos anos 70 e que teve profunda repercussão na vida departamental, explicitou-se de forma muito clara neste período, através da dificuldade de vincular-se o conjunto dos docentes, ou mesmo pequena parcela dele, na experiência que continuava em andamento, não se conseguindo que as relações ultrapassassem o vínculo apenas formal com o projeto.

A necessidade de preencher, de forma mais estável, a direção do CSEP, fez com que a coordenação do DMPS recorresse a um profissional de fora da UNICAMP, à época assessorando a Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, e que foi contratado como docente, no segundo semestre de 1978¹¹⁷.

A mudança na coordenação do serviço trouxe para Paulínia um sanitarista com experiência em programas comunitários e que, naquele momento, alinhava-se ao movimento que vinha reagindo e criticando o caráter restrito e ineficaz dos esforços realizados em pequenas comunidades, engajando-se, na segunda metade dos anos 70, em projetos de maior abrangência, que pretendiam comprometer as instituições públicas e inserir-se nas políticas de governo, como estratégia para alcançar uma maior efetividade das ações de saúde¹¹⁸. Tendo sido dirigente nacional do PIASS (Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento), até 1977 e tendo, posteriormente, participado da política municipal de saúde de Campinas, a incorporação deste docente representou, para o projeto de Paulínia, um novo aporte de idéias e concepções sobre a organização dos serviços, sua relação com o ensino e, ainda, sobre o papel a ser assumido pelo município e por aquela experiência na política de saúde¹¹⁹.

¹¹⁷Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, diretor do Centro de Saúde-Escola de Paulínia de 1978 a 1982.

¹¹⁸"Sem comprometer os poderes federal, estadual, municipal e as universidades, no mínimo, não se podia pensar numa estabilidade maior de um programa progressista." (Entrevista de Nelson R. dos Santos para a pesquisa).

¹¹⁹De 1980 a 1982, o diretor do CSE de Paulínia promoveu reuniões dos CSE do Estado de São Paulo, com a presença dos secretários municipais de saúde de cidades sede das regionais de saúde, iniciando um movimento político que agregaria, mais tarde, secretários municipais de outros Estados, como Minas Gerais e Rio Grande do Sul, numa articulação que levaria, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, à constituição do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A preocupação dominante do novo diretor era que o projeto representasse "*um avanço dentro das possibilidades, (...) considerando o que estava acontecendo em todo o Estado de São Paulo, nos outros Centros de Saúde-Escola, o papel da Secretaria da Saúde, o papel da Prefeitura de Paulínia, das outras prefeituras vizinhas, encaixar uma estratégia de Paulínia dentro de uma estratégia global, onde Paulínia pudesse estar contribuindo*". Nesta perspectiva, o objetivo era construir uma experiência que não fosse uma "vitrine" isolada do resto da realidade do sistema de saúde, mas um modelo realista, dentro da concepção de que era mais importante "*avançar menos e reproduzir mais, do que avançar muito e não reproduzir nada*"¹²⁰.

No início do período, ocorreu, também, a nomeação de um novo prefeito para o município¹²¹, um médico defensor de propostas de cunho privatizante para a área da saúde, o que iria gerar novas tensões na condução do projeto, agora localizadas, principalmente, nas relações entre o poder local e a universidade.

Ao longo deste terceiro período, o projeto de Paulínia sofreria, de forma muito mais marcada que nas fases anteriores, uma profunda influência das transformações que foram ocorrendo na política de saúde do país, experimentando momentos distintos em seu processo de formulação e implementação, relacionados à ênfase diferencial atribuída a dois aspectos: a extensão da cobertura dos serviços e a constituição e qualificação do sistema local de saúde.

Apesar da simultaneidade com que os dois elementos estiveram presentes na experiência de Paulínia, nesta fase, os diferentes atores, ligados principalmente à universidade e ao poder local, com distintos posicionamentos e vinculações político-ideológicas no que se refere à política setorial, contribuíram para que determinado aspecto do modelo assistencial assumisse maior ou menor peso nas discussões e na condução do projeto, permitindo que se possa falar em dois momentos, relativamente à sua formulação e implementação¹²².

¹²⁰Entrevista de Nelson R. dos Santos.

¹²¹Geraldo José Ballone, do PDS, prefeito de Paulínia de agosto de 1979 a outubro de 1983.

¹²²Neste terceiro período, há que se salientar a escassez de documentos e registros relativos ao processo de elaboração dos modelos assistencial e de ensino, sobretudo em seu segundo momento, o que tornou necessário recorrer, de forma mais intensa que nos períodos anteriores, aos depoimentos dos participantes do projeto.

5.2.1. A formulação do projeto

A partir de 1979, a participação das instituições pertencentes ao convênio de Paulínia sofreria algumas mudanças, quanto ao seu papel político na formulação das diretrizes do modelo assistencial. A saída do antigo diretor do Centro de Saúde-Escola, que pertencia aos quadros da Secretaria Estadual da Saúde, fez com que esta reduzisse sua participação na definição dos rumos do projeto, que passou, mais uma vez, a ter como principal formuladora a universidade, através do novo coordenador do CSEP. Neste período, também, pela primeira vez, surge como parceiro importante nas discussões a Prefeitura do Município que, mesmo mantendo-se relativamente afastada do trabalho do Centro de Saúde-Escola, passou a assumir iniciativas de constituição de outros serviços de saúde, exigindo reformulações do projeto que influenciariam marcadamente a configuração do modelo assistencial.

As duas instituições, a universidade - principalmente através do departamento de Medicina Preventiva e Social - e a Prefeitura de Paulínia - através do próprio prefeito ou dos dirigentes da Divisão de Saúde e Meio Ambiente (DISMA) -, participaram de forma mais intensa das discussões e negociações realizadas, neste período, a respeito da constituição de uma rede de saúde no município, incluindo o nível hospitalar.

A. Primeiro momento - 1979-1982

No primeiro momento da formulação do projeto¹²³, o peso da nova coordenação do CSE na condução e elaboração de propostas para a área assistencial foi bastante significativo, trazendo para o trabalho da unidade novas concepções sobre o papel dos serviços básicos de saúde, envolvendo aspectos ligados à sua organização e extensão, ao trabalho da enfermagem, à questão tecnológica nos cuidados primários de saúde e à relação com a população.

¹²³Em julho de 1980, foi assinado um novo convênio tripartite do CSEP que se assemelhou, em grande medida, ao anterior (1976), em termos da expressão de seus objetivos de ensino e de serviço e da programação prevista. (UNICAMP,1970).

Entre as diretrizes formuladas pela coordenação do serviço e que expressavam os objetivos do projeto na esfera assistencial (UNICAMP/CSEP/SMET,1979), destacam-se:

- a) *extensão de serviços médico-sanitários* de boa qualidade e de urgências ambulatoriais a toda a população do município;
- b) organização e funcionamento de *serviços integrados*, nos aspectos preventivos e curativos e entre os órgãos afins;
- c) inclusão na cobertura da parcela da população atingida pelos maiores obstáculos à *acessibilidade* (distância da moradia, dificuldade de transporte, baixo nível sócio-econômico-cultural);
- d) adequação funcional entre o potencial de serviços do CSE e do Pronto Socorro às necessidades da população, não utilizando métodos cuja sofisticação seja desnecessária, mas *métodos simples e de boa qualidade* (o melhor rendimento possível com os recursos disponíveis);
- e) participação de toda a *equipe de saúde* na formulação dos programas e conhecimento dos mesmos pela população;
- f) ativação e reorganização das *atividades extramurais*, com subprogramas destinados aos pré-escolares, população das fazendas, trabalhadores das indústrias locais e outros, envolvendo o treinamento dos professores da rede escolar, de agentes de saúde nas fazendas e indústrias, assim como a implantação de *minipostos* em núcleos populacionais.
- g) atuação junto a *outros órgãos públicos*, no sentido de melhorar as condições que elevam o nível de saúde, como saneamento básico, moradia e armazenamento e distribuição de alimentos de primeira necessidade.

Através destas diretrizes é possível apreender os principais aspectos que se pretendia estivessem presentes no modelo assistencial do projeto de Paulínia. O primeiro deles dizia respeito à *extensão da cobertura dos serviços*, que se constituiu em questão central na reorientação do projeto e que suscitou várias das iniciativas formuladas na área dos programas extramurais (fazendas, indústrias), incluindo a intenção de criarem-se novas

unidades de saúde no município. Acoplava-se, à discussão sobre a extensão do cuidado, a questão do *acesso* aos serviços, entendendo-se que determinados segmentos da população, por várias razões, "*resistiam subjetivamente ou estavam com dificuldades objetivas*" de acesso ao serviço, exigindo que não somente se atuasse "*na horizontal, mas se descesse na vertical*"¹²⁴, aprofundando o papel do Centro de Saúde e buscando atingir a demanda reprimida¹²⁵.

Outro elemento presente na formulação do projeto, neste primeiro momento, referia-se à utilização de um conceito amplo de *integração*, envolvendo tanto a integração entre as ações de prevenção e de cura, quanto a articulação entre os diferentes órgãos ligados à prestação de serviços - o que incluía a relação entre os ambulatórios do CSE e o Pronto Socorro Municipal - e, ainda, o trabalho integrado com instituições extra-setoriais, refletindo, desta forma, uma concepção mais abrangente dos determinantes do processo saúde-doença e das possibilidades de intervenção na área da saúde.

Fazia-se presente, também, a preocupação com a questão da *equipe de saúde*, através da proposta de que o conjunto dos profissionais das diversas áreas participasse da discussão dos programas e, particularmente no caso da enfermagem, que se experimentassem novos papéis, na linha da capacitação para a delegação de algumas funções tradicionalmente desempenhadas pelo médico.

A esta apropriação de conhecimentos e práticas de saúde pelo pessoal não médico, associava-se a proposta de que também à população fosse estendido o acesso àqueles conteúdos, capacitando-a, assim, para o autocuidado em saúde. Neste ponto, a questão da *educação em saúde* foi particularmente trabalhada, já que passava a constituir-se num importante instrumento da atuação do serviço. A partir da crítica à educação sanitária tradicionalmente realizada nas unidades de saúde, considerada autoritária e controlista, propunha-se a rediscussão do cotidiano das práticas educativas tradicionais, na perspectiva

¹²⁴Entrevista de Nelson R. dos Santos.

¹²⁵No final dos anos 70, o município de Paulínia experimentou um expressivo aumento populacional, às custas, sobretudo, do crescimento migratório (taxas de 7,1% em 1977 e de 11,7% em 1978), o que contribuiu para pressionar os vários setores sociais, incluindo a saúde, na direção da ampliação da oferta de serviços.

da desmonopolização do saber médico e da busca da interação com o saber popular, tanto nos trabalhos dentro do serviço quanto nas ações realizadas na comunidade¹²⁶.

Outro aspecto que marcaria, ainda, a formulação do modelo assistencial, dizia respeito à *incorporação da tecnologia médica* na prestação do cuidado à saúde, ao qual se associava a crítica à medicalização, entendida como o processo de redução do conjunto dos problemas trazidos pela clientela a problemas passíveis de sofrer intervenções médicas e, em razão disso, geradora de um grande consumo de atos médicos. Criticava-se a utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, consumidos sem o apoio de critérios técnicos, e propunha-se a busca de *tecnologias mais apropriadas*, em termos materiais e de saberes, para serem incorporadas ao nível básico de atenção à saúde.

Para tanto, outro elemento ligado à organização do serviço era salientado, o que tratava da *avaliação do rendimento e da resolubilidade das ações* (consultas, retornos, encaminhamentos, exames e tratamentos), buscando, através dele, e também levando-se em conta a capacidade orçamentária de estados e municípios, reorientar-se o planejamento dos recursos e dos programas¹²⁷.

No que se refere às ações médico-sanitárias propostas na formulação, elas estariam estruturadas sob a forma de programas, aos quais se associavam outras atividades não programáticas. Os programas previstos eram dirigidos à população adulta em geral, à mulher em idade fértil e às crianças de 0 a 14 anos e incluíam ações médico-odontológicas e de enfermagem relacionadas à prevenção, cura e reabilitação, organizadas de forma a atender pessoas doentes (atendimentos eventuais) e aquelas que ainda não apresentavam sintomas (oferta de serviço programada, pré-agendada e de rotina). Cada programa, por sua vez, poderia conter vários subprogramas (Puericultura, pré-escolar e escolar, prevenção do câncer feminino, pré-natal e puerpério, hipertensão, tuberculose, diabetes, etc.), que deveriam estar apoiados nas diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde, mas realizando inovações e adaptações às necessidades da população local. Eram previstos, ainda,

¹²⁶"A interação com o saber popular deverá ser o denominador comum de qualquer ação prática no campo da educação em saúde que vise programações específicas ou grupos de discussão em geral". (UNICAMP/CSEP, 1981b)

¹²⁷Entrevista de Nelson R. dos Santos.

mecanismos de integração entre os diversos programas, com maior ênfase às relações entre as áreas de saúde da criança e da mulher e delas, com a saúde bucal.

Na organização das atividades ambulatoriais das três áreas programáticas estava prevista a participação dos profissionais de enfermagem na primeira abordagem do paciente, que *"poderia ou não ser encaminhado à consulta médica, segundo a necessidade e o desejo do cliente"*. (UNICAMP/CSEP/SMET,1979).

O atendimento realizado pela enfermeira e pelo pessoal auxiliar avançaria, assim, para além do caráter tradicional das pré-consultas dos programas da SES/SP, voltadas para a preparação do prontuário com alguns dados do paciente antes do atendimento médico, passando a consulta de enfermagem a representar uma alternativa na atenção à demanda. Dentro da crítica à *"modelagem quantitativa e qualitativa"* que os serviços frequentemente impunham à clientela, afirmava-se que *"o compromisso do CSEP, no que se refere à interferência na demanda, é somente no caso de passar, gradativamente, para a responsabilidade da enfermagem, o atendimento de doenças simples e frequentes, de fácil manejo técnico-científico e condutas padronizadas"*. (UNICAMP/CSEP/SMET,1979).

Além das ações programáticas, era proposto, também, um conjunto de outras atividades, que incluía o diagnóstico das condições de saúde da população do município para, em conjunto com ela, estabelecer estratégias de ação para o setor; ações de Vigilância Epidemiológica, de saneamento do meio e de imunização, inclusive nos ambientes de trabalho, e atividades de educação em saúde individuais e em grupo, desenvolvidas no serviço e na comunidade.

O modelo assistencial continha, ainda, uma proposta de *hierarquização* da prestação de serviços, com três níveis de atenção: o primeiro, que englobava o atendimento realizado por agentes de saúde de núcleos populacionais urbanos (minipostos) e rurais(fazendas), o trabalho dos professores e da equipe de saúde na rede escolar e o autocuidado, promovido através da discussão em grupos e associações da comunidade; o segundo nível, representado pelos ambulatórios DO CSE e pelo Pronto Socorro, onde se pretendia que houvesse, também, internações de curta permanência; e, no nível terciário, o

hospital universitário de referência para o atendimento especializado e as internações do município.

Os conteúdos presentes na formulação do modelo assistencial realizada pela coordenação do CSEP explicitavam a opção por uma linha de trabalho, que pretendia avançar em relação à proposta de cuidados primários à saúde, buscando superar as características tecnológicas simplificadoras e pouco resolutivas dos modelos de Medicina Comunitária e imprimir aos serviços do nível primário uma maior qualificação técnica e gerencial, integrando-os aos demais níveis do sistema de saúde e ampliando sua capacidade de resolver os problemas sanitários.

Nesta perspectiva, elaborou-se uma diferenciação entre os modelos de atenção primária à saúde, assentada em determinadas características que configurariam situações opostas em termos da lógica da organização dos serviços¹²⁸. (UNICAMP/CSEP, s.d.1). No modelo tradicional, destacavam-se: a extensão da cobertura, sem preocupação com a qualidade dos serviços; a rede de unidades básicas sendo acrescentada aos serviços existentes, mas praticamente autônoma; a ênfase na alocação de recursos comunitários; a não competição com o complexo médico-industrial; a complexidade crescente dos serviços como recurso para encobrir a discriminação de grupos e classes sociais, quanto à acessibilidade a todos os níveis de atenção; a politização da atenção primária pelos partidos e movimentos representativos do capital e dos setores dominantes; a delegação de funções mantendo o monopólio do saber, com treinamento inexistente ou puramente técnico.

Opondo-se a este modelo, colocava-se uma nova concepção da atenção primária à saúde, envolvendo: a participação democrática da equipe e da população, no diagnóstico das necessidades de saúde, na programação e avaliação; a criação da rede de unidades básicas como resultado da reorganização dos serviços e de sua regionalização; a ênfase na realocação de recursos; a competição com o complexo médico-industrial, através da disputa de clientela e do combate à medicalização; a utilização do conceito de complexidades crescentes assentado estritamente no escalonamento de soluções de melhor qualidade; a politização pelos partidos e movimentos representativos dos interesses populares; a revisão

¹²⁸Cf. CSEP. *Atenção Primária à Saúde*, s/d.

dos perfis profissionais com base na desmonopolização do saber e com treinamento técnico e crítico.

O modelo assistencial formulado continha, assim, o objetivo não apenas de reordenar o funcionamento do CSE mas, em grande medida, de construir uma experiência local, geradora de nova forma de organização dos serviços básicos de saúde, integrando-os aos outros níveis de atenção e com possibilidades de reprodução do modelo, já que ele se articulava, de forma orgânica, à proposta de reorganização dos serviços que vinha sendo esboçada na política de saúde do país.

Neste período, também, como já foi assinalado, o poder público municipal passou a assumir um papel formulador na política local de saúde, numa iniciativa de elaboração de propostas, cuja principal característica foi a busca de uma certa autonomia em relação à equipe do projeto, não articulando suas proposições àquelas que vinham sendo elaboradas pela coordenação do CSEP. As relações entre a Prefeitura de Paulínia e a universidade, em torno do projeto de saúde desenvolvido no município, aparentemente sem tensões desde a sua implantação, a partir da gestão iniciada em 1979 começariam a esboçar crescentes dificuldades. Elas ligavam-se, sobretudo, à hegemonia que a universidade mantinha no gerenciamento do projeto e à reivindicação de maior influência nas decisões da política de saúde, e mesmo de interferência na condução de alguns programas, que passam a se explicitar, tanto da parte dos vereadores do município, quanto do próprio prefeito.

Os depoimentos dos atores políticos pertencentes ao município foram unânimes em apontar, nesta fase, a falta de participação do poder local na tomada de decisões, a respeito das ações e programas na área da saúde, referindo-se a um papel apenas formal do Conselho Diretor do CSE na gestão do projeto que, na prática, era conduzido unilateralmente pelos representantes da universidade¹²⁹.

Nas palavras do prefeito que assumiu em 1979, "*o Centro de Saúde tinha um papel assistencial academicamente perfeito, porém, politicamente, deixava a desejar*"¹³⁰. As dificuldades apontadas pelos prefeitos entrevistados referiam-se à sua participação

¹²⁹Entrevistas do prefeito Geraldo J. Ballone e dos diretores de saúde do município, José P.M. Bonilha Jr. e Benedito D. de Carvalho, para esta pesquisa.

¹³⁰Entrevista de Geraldo J. Ballone.

minoritária no Conselho Diretor do CSE, à falta de integração da Prefeitura do município no gerenciamento da unidade e ao fato de não terem poder nas decisões da área da saúde, apesar de participarem do custeio do serviço. Havia, ainda, uma referência explícita ao caráter apenas técnico que vinha orientando as decisões na esfera sanitária, como as relacionadas, por exemplo, à distribuição de leite, aos encaminhamentos para internação, à indicação de agentes de saúde nas fazendas, etc., dificultando a atuação dos vereadores e dos políticos locais na área da saúde¹³¹.

Nesta conjuntura, de uma certa impermeabilidade do projeto aos interesses clientelistas, é que a Prefeitura começaria a exercer um papel mais definido na formulação de propostas para a esfera da saúde, elaborando projeto próprio de construção de um hospital no município, em que não estava prevista a participação da universidade, configurando, assim, uma tentativa de emancipação do poder local na esfera da saúde¹³².

Pode-se supor, ainda, que interesses ligados ao setor privado da área da saúde, apesar de pouco expressivo numericamente dentro do município, também tenham contribuído para a iniciativa de se criar um hospital em Paulínia, tendo em vista os vínculos existentes entre alguns componentes do governo municipal, como o chefe do Pronto Socorro e o próprio prefeito, com o setor médico privado do município e da região.

O plano da Prefeitura para viabilizar o funcionamento do hospital, em termos financeiros e gerenciais, incluía várias possibilidades de convênio - com as indústrias petroquímicas, com grupos médicos e mesmo com a Previdência Social -, com maior ênfase à cessão do hospital para sua exploração por um *pool* de grupos médicos de Campinas, de várias especialidades, ligados ao setor privado¹³³. Este projeto teria, em sua implementação, outros desdobramentos, mas o que interessa salientar aqui é o caráter de que se revestiu a participação do município na formulação do modelo assistencial, buscando alcançar maior

¹³¹Entrevistas de Geraldo J. Ballone e Benedito D. de Carvalho.

¹³²"(era) uma atitude política da Prefeitura construir também seu equipamento de saúde, emancipado de um gerenciamento da UNICAMP". (Entrevista de Geraldo J. Ballone).

¹³³Com relação à questão hospitalar, a coordenação do CSE era favorável a uma adequação da área do Pronto Socorro para internações de curta permanência, não compartilhando, porém, naquele momento, da intenção de se construir um hospital no município e, sobretudo, do caráter privado que estava sendo pensado para o seu funcionamento. (Entrevista de Nelson R. dos Santos: UNICAMP/CSEP/SMET, 1979).

autonomia e constituir um campo próprio para a atuação gerencial e política na área da saúde.

No interior desta tendência é que se pode localizar, também, a proposta da Prefeitura de instalar Postos de Saúde na periferia da cidade, uma antiga reivindicação de segmentos da população, apoiada pela direção do CSE e que, naquele momento, representou uma estratégia política para aumentar a influência do poder público municipal no setor.

No primeiro momento, a Prefeitura não formulou outras propostas relacionadas aos demais aspectos envolvidos na prestação de serviços, seja ligados à atuação assistencial do Centro de Saúde e do Pronto Socorro, seja na esfera dos trabalhos extramurais, apoiando, com as ressalvas já referidas, o conjunto das atividades e formas de atuação em andamento.

B. Segundo momento - 1983-1985

A partir de 1983, pode-se delimitar um segundo momento na formulação do projeto de Paulínia que, ao lado da manutenção de muitos aspectos da fase anterior, seria marcado, principalmente, pela expansão da rede de serviços, pela preocupação com a qualidade da assistência e pela disputa dos gestores institucionais do projeto em torno do caráter público ou privado do Hospital Municipal.

Neste momento, a universidade, através dos seus docentes, principalmente dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, que se incorporaram ao projeto de Paulínia no início dos anos 80, continuou a ter um papel formulador significativo em relação ao modelo assistencial, ao mesmo tempo em que a Prefeitura do município ampliou sua participação na formulação de propostas para a saúde, agora numa relação de maior equilíbrio em termos da parceria interinstitucional no projeto.

O termo do convênio assinado em 1984 continha algumas mudanças que as instituições pretendiam implementar na área da prestação de serviços em Paulínia.

Referindo-se ao funcionamento, não mais apenas do CSE, mas da rede de saúde do município, ele expressava uma elaboração mais cuidadosa e atualizada a respeito do modelo assistencial, tanto no que se refere aos princípios que deveriam orientar a organização dos serviços, quanto às ações de saúde neles desenvolvidas. Entre os primeiros, falava-se em "*estimular a discussão e a efetivação de práticas integradas entre as várias instituições prestadoras de serviços de saúde, assim como da regionalização e hierarquização dos mesmos*", em "*estabelecer mecanismos para a participação da população na definição e desenvolvimento dos programas de saúde*" e em "*desenvolver e avaliar novos modelos e métodos para melhor assistência à saúde na área*". (UNICAMP,1984).

A formulação expressa no convênio incorporava determinados princípios, como a integração interinstitucional, a regionalização e a hierarquização, que se faziam presentes, naquele momento, nas discussões sobre a reorientação do conjunto dos serviços de saúde do país, evidenciando a preocupação em sintonizar o projeto com as diretrizes da política governamental para o setor e em retomar a questão da participação popular nos programas.

Com relação a estes últimos, apresentavam-se sob uma nova forma, divididos em dois grandes grupos: a *assistência médico-sanitária*, envolvendo as áreas de atenção à criança e ao adulto, cada uma comportando alguns subprogramas, e o grupo das *outras atividades*, entre elas, a epidemiologia e estatística, o saneamento, a educação em saúde, a reciclagem e treinamento de pessoal e a administração e planejamento locais. Esta formulação das ações do projeto expressava, de certo modo, o lugar que passou a ser atribuído à atenção médica no seu interior, assumindo, progressivamente, um papel de destaque no conjunto da atuação dos serviços.

A formulação do modelo assistencial, realizada a partir da equipe do CSEP, colocou como questão central a capacidade resolutiva dos serviços, de forma a responder de maneira mais efetiva à demanda assistencial, problematizando não apenas a cobertura mas, principalmente, a efetividade da atenção prestada. O objetivo consistia em ir além da esfera dos cuidados primários tradicionais, buscando uma nova forma de organização dos serviços que, conforme os princípios do atendimento integral, da hierarquização e da regionalização,

permitisse construir um sistema de saúde no município, de caráter público e qualificado para resolver os problemas de saúde da maioria da população¹³⁴.

De acordo com esta perspectiva, alguns aspectos já presentes na formulação anterior ganharam maior ênfase, como a incorporação de tecnologia médica, o papel da equipe de saúde e, em particular, da enfermagem no processo de trabalho das unidades básicas e a participação dos profissionais de saúde no gerenciamento dos serviços.

A questão tecnológica inseria-se dentro da preocupação maior com o caráter integral e resolutivo do cuidado à saúde, fazendo com que se formulasse um modelo de organização da assistência, onde o nível primário deveria funcionar como porta de entrada do sistema e resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. Pretendia-se superar os modelos de atenção caracterizados pela baixa complexidade tecnológica e baixa eficácia, propondo-se uma incorporação da tecnologia médica que, ao mesmo tempo que ampliasse a capacidade resolutiva dos serviços, fosse crítica em relação ao consumo excessivo e desnecessário dos meios aparelhados de diagnóstico e terapêutica.

O modelo tecnológico concebido supunha a introdução de novos saberes e práticas clínicos no rol dos cuidados generalistas, característicos da atenção primária à saúde, o que significava a incorporação de algumas especialidades médicas consideradas estratégicas para aumentar a eficácia dos serviços e a introdução da tecnologia material necessária para dar suporte e capacidade resolutiva ao trabalho assistencial. Na esfera das ações de saúde coletiva, contudo, o modelo assistencial formulado não propunha outras práticas que as de imunização e de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, realizadas rotineiramente pelas unidades da Secretaria Estadual da Saúde.

Outra diretriz, presente no projeto formulado para Paulínia e que seria incorporada de forma mais efetiva no segundo momento, dizia respeito ao papel dos profissionais de saúde no modelo assistencial. No âmbito das discussões nas áreas básicas de atendimento do CSEP, várias questões relacionadas à equipe de saúde foram problematizadas, como sua composição, seu perfil multiprofissional e as capacitações necessárias para as atividades em uma unidade de saúde. Foi dada maior ênfase para as

¹³⁴Entrevista de Gastão W. S. Campos, diretor do CSEP de 1983 a 1988, para esta pesquisa.

funções desempenhadas pelos diversos profissionais no processo de trabalho assistencial, buscando-se uma recomposição dos papéis no interior da equipe, sobretudo no que se referia à atuação do pessoal de enfermagem nas três áreas de atenção.

A formulação do modelo assistencial continha a proposta de capacitação dos profissionais de enfermagem no atendimento de várias patologias mais prevalentes e de manuseio menos complexo, de modo a ampliar sua participação no conjunto das atividades das áreas, ampliando, ao mesmo tempo, a capacidade do serviço de dar respostas à demanda. A delegação de funções para a enfermagem tinha como principal motivação a necessidade de ampliar a oferta de serviços, numa unidade de saúde em que o trabalho médico era realizado, em grande medida, através das atividades docente-assistenciais com os estudantes de Medicina, o que limitava o volume da demanda atendida. Ao mesmo tempo, pretendia-se que aquela delegação fosse acompanhada de um rearranjo do processo de trabalho em cada área de atenção, de forma a que se experimentassem novas possibilidades de participação dos profissionais no desenvolvimento das ações de saúde, na organização do trabalho nas áreas e no gerenciamento do serviço.

A equipe do Centro de Saúde-Escola deparou-se, também, com a necessidade de trabalhar, conceitual e operacionalmente, não apenas no modelo assistencial de um único serviço, mas com a idéia de constituição de uma rede de unidades básicas de saúde no município e com a incorporação do nível hospitalar ao sistema de saúde local.

A idéia de descentralizar o atendimento em saúde para as áreas mais distantes do município, presente desde o início do projeto, neste segundo momento iria colocar-se com maior força, tendo em vista a iniciativa da Prefeitura de instalar, em 1983, e de forma ainda bastante precária, os primeiros Postos de Saúde nos bairros. Em razão disto, a discussão dentro da equipe do CSE sobre o caráter dos Postos, o modelo assistencial que seria adotado e a relação das novas unidades com o Centro de Saúde-Escola ocorreu, principalmente, após o início de sua implantação e foi marcada pela tentativa de corrigir os rumos inicialmente imprimidos a ela.

Apoiando a descentralização da oferta de serviços e sua regionalização por áreas da cidade, a equipe do CSE opunha-se, entretanto, a que os Postos de Saúde periféricos

funcionassem dentro do modelo de pronto atendimento, defendendo que se constituíssem enquanto unidades de saúde completas, com atendimento integral nas três áreas básicas (saúde da mulher, da criança e do adulto, além da atenção odontológica) e realizando ações sanitárias em sua área de abrangência (imunizações, saneamento, Vigilância Epidemiológica). Funcionariam, assim, como porta de entrada do sistema de saúde, com perfil tecnológico e capacidade resolutiva semelhantes aos do Centro de Saúde-Escola e mantendo com ele uma relação orgânica, de referência nas áreas de especialidades.

Da mesma forma como ocorreu com os Postos de Saúde, também o hospital constituiu-se num dos elementos do modelo assistencial cuja discussão caracterizou-se pela tentativa de reverter o projeto inicialmente elaborado pela Prefeitura, buscando, em primeiro lugar, incorporá-lo ao sistema público de saúde do município, ao mesmo tempo em que se discutiam propostas para seu funcionamento e sua articulação com os demais serviços de saúde.

Ao lado da defesa do caráter público do hospital local, propunha-se que ele funcionasse de forma integrada com a rede básica de saúde, o que implicaria em mecanismos de referência e contra-referência entre rede e hospital, além da constituição gradual de equipes profissionais únicas, trabalhando nos dois níveis de atenção. A proposta visava garantir maiores possibilidades de acesso e de vínculo dos pacientes com os serviços - ampliação da cobertura de pré-natal, por exemplo, em função da garantia de realização do parto no próprio município e pela mesma equipe - e, também, possibilidade de maior intercâmbio e atualização técnica para os profissionais de saúde de ambos os níveis.

A maior incorporação de recursos tecnológicos que, necessariamente, acompanharia a implantação do hospital - laboratório, diagnóstico por imagem, presença de novas especialidades - era vista como importante na ampliação da capacidade resolutiva das unidades básicas de saúde, fazendo com que houvesse particular preocupação com a busca de formas de garantir uma articulação mais orgânica entre a rede e o hospital.

Os docentes da FCM/UNICAMP, que trabalhavam no CSE e participaram da formulação do modelo assistencial, defendiam, ainda, em razão do superdimensionamento do hospital para as necessidades do município, que ele tivesse um caráter regional, de forma

a que se ampliasse a oferta de leitos na microregião e permitisse ao hospital universitário (HC/UNICAMP) a utilização do hospital de Paulínia para internações de nível secundário, contribuindo, assim, para reorientar sua demanda.

Neste segundo momento, a Prefeitura de Paulínia, que no início dos anos 80 passara a assumir mais ativamente a elaboração de propostas para a área da saúde, manteve sua participação nesta esfera e, ainda que não dando mais tanta ênfase à busca de uma condução autônoma para o projeto, continuou reafirmando seu interesse em duas questões da área assistencial: a criação dos Postos de Saúde nos bairros e o modelo de funcionamento do hospital do município.

A motivação principal da proposta de criação dos Postos de Saúde residia, segundo os dirigentes locais ligados ao setor¹³⁵, na reivindicação da população de alguns bairros de contar com atendimento médico próximo ao seu local de moradia¹³⁶, o que se transformara em pressão política dos vereadores, fazendo com que a Prefeitura propusesse a criação de unidades de saúde descentralizadas, cujo modelo de prestação de serviços se aproximaria do pronto atendimento, desvinculado do modelo assistencial do Centro de Saúde-Escola.

Por outro lado, o poder público municipal, particularmente na gestão do prefeito José Pavan, mostrava-se atento à questão da presença dos usuários nas discussões sobre os Postos de Saúde, esboçando, através de algumas reuniões realizadas pelo prefeito nos bairros, a intenção de que a população participasse, ainda que de forma incipiente e sem uma proposição mais elaborada, do gerenciamento dos serviços de saúde¹³⁷.

Com relação ao Centro de Saúde-Escola, a Prefeitura, mesmo mantendo-se relativamente afastada das discussões sobre sua atuação, tomou a iniciativa de uma proposta de trabalho conjunto, elaborada pelo setor de Odontologia¹³⁸ e pela área de atenção à

¹³⁵Entrevistas dos prefeitos Geraldo J. Ballone e Benedito D. de Carvalho e dos diretores da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia, Eduardo M. Gamba e José P. M. Bonilha Jr..

¹³⁶Ao longo do ano de 1982, o prefeito Geraldo Ballone desenvolveu uma experiência de "governo itinerante", semelhante à que foi realizada pelo governador Paulo Maluf, levando os diversos setores da administração local para atender reivindicações nos bairros e, a partir desta experiência, teria sido formulada a proposta de descentralização do atendimento à saúde. (Entrevista de José P. M. Bonilha Jr.).

¹³⁷Entrevista de Eduardo M. Gamba.

criança do CSE, que veio a se constituir no Programa Integrado de Educação e Saúde Escolar. Composto por três projetos - saúde bucal, assistência médico-sanitária e educação em saúde -, o PIESE pretendia desenvolver ações integradas de saúde junto aos escolares de seis a quatorze anos, com aumento gradativo da cobertura e utilizando espaço único de atuação, equipamento simplificado e equipe multiprofissional. (PMP,1982).

No que se refere à área hospitalar, manteve-se a discussão sobre o caráter público ou privado que deveria ser assumido pelo hospital construído no município mas, na conjuntura política do segundo momento da formulação do projeto, com a indicação de um novo prefeito e a renovação dos dirigentes da Divisão de Saúde e Meio Ambiente, a idéia de privatização do hospital, ainda que presente, perdeu força em relação a outras possibilidades de vinculação e financiamento através do setor público. A realidade de um hospital pronto e equipado no município, mas que permanecia fechado, aumentou as pressões para que a Prefeitura iniciasse seu funcionamento, transformando a discussão sobre as formas de viabilizá-lo num dos temas de maior interesse do poder político local, naquele momento.

A discussão que se travou dentro da Prefeitura a respeito do hospital envolveu, desde a proposta de não ativá-lo, tendo em vista o alto custo de sua implantação e funcionamento¹³⁹, até sua cessão para ser explorado por grupos privados, em moldes semelhantes ao que fora concebido pelo prefeito anterior. A maior ênfase, contudo, foi colocada nas alternativas, privatizantes ou não, que permitissem viabilizar o funcionamento do novo serviço, já que a abertura do Hospital Municipal se transformou em "bandeira" política da primeira campanha eleitoral para prefeito do município, ocorrida no final de 1985¹⁴⁰.

A mobilização dos dirigentes e técnicos ligados ao projeto e pertencentes à universidade, buscando outras saídas que mantivessem o caráter público do hospital local e apresentando alternativa concreta para o seu financiamento, foi decisiva para que os

¹³⁸Este setor vinculava-se à Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura do município e funcionava nas dependências do CSE.

¹³⁹O hospital, com capacidade para 100 leitos, além de ser considerado superdimensionado para um município com menos de 25.000 habitantes, era visto, também, como excessivamente oneroso para ser assumido pela Prefeitura. (Entrevista de Eduardo M.Gamba, diretor do Hospital Municipal de Paulínia e da Divisão de Saúde e Meio Ambiente na gestão do prefeito José Pavan).

¹⁴⁰Entrevista de Benedito D. de Carvalho.

dirigentes da área da saúde da Prefeitura passassem a trabalhar, em conjunto com as demais instituições participantes do projeto, no sentido de que o hospital local assumisse integralmente o caráter público, sem qualquer vinculação com grupos privados do município ou de fora dele.

Considerando o conjunto da formulação do projeto de Paulínia ao longo deste período, pode-se apreender as características principais que orientaram o modelo assistencial. A clientela do serviço assumiu um caráter mais amplo, relativamente aos períodos anteriores, com a inclusão de grupos populacionais que tinham pequeno acesso ao serviço e que passaram a ser objeto de novos programas, principalmente extramurais.

As ações médico-sanitárias propostas envolveram, além da dinamização dos programas rotineiramente desenvolvidos nas unidades da Secretaria Estadual da Saúde, a formulação de novos programas e atividades, a serem realizados dentro e fora do serviço, envolvendo ações assistenciais, educativas e de Saúde Pública, dentro de um modelo de trabalho em equipe multiprofissional que, incluindo algumas especialidades médicas, procurava incorporar o modelo clínico, de forma mais intensiva, à atenção primária à saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva dos serviços.

Com relação à gestão do projeto, o modelo formulado avançou, ainda que parcialmente, no sentido da ampliação da participação das instituições envolvidas, em particular no que se refere ao município, que assumiu, gradativamente, um papel formulador de propostas para a assistência médico-hospitalar. A participação dos usuários na gestão dos serviços, por outro lado, permaneceu como um aspecto carente de elaboração no modelo assistencial, seja nas discussões da equipe do Centro de Saúde, seja por parte do poder público local, mantendo-se a falta de canais, formais ou informais, através dos quais pudesse se realizar aquela participação.

A formulação referente ao ensino médico

No período que vimos estudando, a formulação do ensino médico no projeto de Paulínia foi realizada, basicamente, pelo grupo de docentes, vinculados aos departamentos

de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, que desenvolviam atividades no Centro de Saúde-Escola. A falta de participação dos demais departamentos da FCM/UNICAMP na formulação de diretrizes para o ensino médico realizado em Paulínia, que ocorreu desde o início do projeto, só se reverteria, em parte, com a implantação do Hospital Municipal e a possibilidade de constituírem-se novos espaços, no nível secundário de complexidade, para estágios nas áreas clínicas e cirúrgicas.

De qualquer maneira, seja antes da criação do Hospital, seja após o início das discussões sobre sua utilização como campo de estágio da escola médica, a escassez de documentos relacionados à questão do ensino, neste período, é bastante significativa, expressando o lugar relativamente subordinado, reservado à esfera docente, no interior do projeto, quando comparada com sua vertente assistencial.

Na fase anterior à criação do hospital, a formulação sobre o modelo de ensino médico desenvolvido em Paulínia apoiou-se no conceito da Medicina Integral, entendida como "*o conjunto de atividades destinadas a intervir concomitantemente sobre o conjunto interligado dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, com a finalidade de interromper o curso da História Natural da Doença ao nível que se faça necessário*". (UNICAMP/FCM/DMPS,1980).

Coerente com a orientação dada ao modelo assistencial no primeiro momento (1979-1982) da formulação do projeto, a proposta para o ensino médico priorizava a questão da *integração*, salientando a importância dos estudantes realizarem ações sanitárias integradas, educativas e curativas, intra e extramurais, e enfatizando a necessidade de que o aluno desenvolvesse novas atitudes, ligadas à experiência de trabalho em equipe e à consideração dos fatores sociais, culturais e psicológicos na gênese e solução dos problemas de saúde individuais e coletivos.

Tendo em vista que a organização do Centro de Saúde- Escola deveria orientar-se pelas respostas necessárias às sucessivas etapas da História Natural da Doença, propunha-se que os alunos participassem de todas as atividades de atenção à saúde, educativas, preventivas e assistenciais, desenvolvidas dentro do serviço ou na comunidade (visitas domiciliares; palestras a grupos populacionais; programas em escolas, núcleos rurais e

indústrias), acompanhadas da discussão de temas relacionados à programação das áreas ambulatoriais, às ações de Saúde Pública e à política nacional de saúde. (UNICAMP/FCM/DMPS,1980).

Ainda que apoiada, conceitualmente, na Medicina Integral, a discussão sobre o ensino médico no projeto de Paulínia, nesta fase, orientou-se, sobretudo, pelo modelo da Integração Docente-Assistencial, que priorizava a reorganização dos serviços de saúde como base para o trabalho integrado com as instituições de ensino. Optando pelo termo Regionalização Serviço-Ensino, ao invés de IDA, já que esta última expressão "*não mais corresponde exatamente aos esforços e tendências que hoje apontam para a integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde e o conseqüente papel destas transformações nos órgãos de ensino na área da saúde*", salientavam-se alguns aspectos considerados particularmente relevantes nas experiências integradoras. (SANTOS,1983).

O primeiro deles dizia respeito à afirmação do trabalho prático e criativo como fundamental para orientar e estimular a reflexão e a teorização, o que exigiria romper com a dicotomia trabalho-estudo e assumir os serviços de saúde e a comunidade como recursos docentes e de pesquisa. Retomava-se, assim, num outro contexto, a questão da centralidade do trabalho e das práticas em serviço no processo de formação profissional, elemento básico da proposta IDA e que já estivera presente nas formulações da corrente médico-social, no primeiro período do projeto de Paulínia.

Outro aspecto considerado fundamental referia-se à precedência dos serviços de saúde, de sua reestruturação e regionalização, orientadas pelas necessidades e interesses de toda a sociedade, na relação ensino-serviço, propondo-se que, a partir deles, se reorientassem as formas de inserção do ensino na estrutura de serviços. Esperava-se que, neste processo de inserção, além da identificação dos perfis profissionais necessários aos diferentes níveis de complexidade, ocorresse, também, a possibilidade de transformação, tanto da prestação de serviços, como dos conteúdos curriculares, criando-se, ao mesmo tempo, "*canais de participação dos profissionais de saúde, dos alunos e da população nas circunstâncias onde são tratadas e definidas as políticas de saúde*". (SANTOS,1983).

O modelo da Integração Docente-Assistencial continuaria a orientar a formulação sobre o ensino desenvolvido em Paulínia, mesmo após o início das discussões sobre a participação da FCM/UNICAMP no hospital local, só que, nesta etapa, também incorporando-se ao debate a Comissão de Ensino de Graduação da Faculdade. Em documento produzido à época da criação do Hospital Municipal de Paulínia, a Comissão, após tecer críticas à inadequação da formação profissional centrada no hospital terciário e defender a necessidade de integrar a universidade ao sistema de saúde, propôs a ampliação das áreas de estágio do Internato em Medicina, através de treinamento na rede de Paulínia, conforme um modelo de ensino que procurasse reproduzir a organização hierarquizada dos serviços (Postos de Saúde e CSEP/HMP/HC-UNICAMP).

Operacionalmente, propunha-se a criação de um estágio de Internato no Hospital de Paulínia, a partir da cessão de carga horária pelos departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Tocoginecologia, Pediatria e Medicina Preventiva e Social, buscando, desta forma, compor uma nova disciplina sem acarretar alterações curriculares, o que se constituiu numa estratégia para não retardar demasiadamente, ou mesmo inviabilizar, a discussão sobre o novo estágio. (UNICAMP/FCM/CEG,1985a).

A proposta da Comissão de Ensino da Faculdade expressava, ainda, a compreensão de que o hospital secundário deveria representar um espaço privilegiado para o ensino dos alunos de graduação, colocando-se contrariamente à implantação de estágios de Residência Médica, sobretudo de primeiro ano, no Hospital de Paulínia. Defendia, por outro lado, que a utilização da área de saúde de Paulínia fosse ampliada para além do Internato, envolvendo, progressivamente, novas séries do curso médico, com vistas ao treinamento em ações de Saúde Pública (Vigilância Epidemiológica, Imunização, Educação em Saúde, Saúde Mental, etc.) na rede de serviços.

No contexto das discussões sobre a presença da escola médica no hospital de Paulínia e de ampliação da participação dos diversos departamentos da FCM/UNICAMP no projeto, também foi elaborada, por profissionais pertencentes ao departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, uma proposta específica de implantação de atividades de assistência e ensino de Psiquiatria no hospital secundário. Buscando inserir o trabalho da Saúde Mental no hospital geral, um campo relativamente novo de intervenção da área, a proposta apoiava-

se na idéia de uma atuação integral e integrada, a partir do enfoque bio-psico-social do paciente, do trabalho conjunto com as demais áreas assistenciais e da articulação do serviço hospitalar com os outros serviços existentes na comunidade, envolvendo os alunos nas diversas atividades a serem desenvolvidas nos níveis primário e secundário de atenção. (HAEITMANN, SANTOS, MACIEL, 1985)

A elaboração de propostas relativas ao ensino em serviço seria, ainda, objeto de diretrizes formuladas no Seminário sobre Educação Médica promovido pela Comissão de Ensino de Graduação da FCM, em 1985, onde, com relação ao tema do ensino médico extramural, reafirmou-se a necessidade da FCM/UNICAMP ampliá-lo para as áreas de atenção primária e secundária pertencentes à rede pública, possibilitando aos alunos a aquisição de um conhecimento mais global das práticas de saúde, favorecendo a integração da faculdade e do hospital-escola à rede de serviços de saúde e a integração interinstitucional. (UNICAMP/FCM/CEG, 1985b).

Fica evidente, assim, a influência que as concepções sobre ensino e serviço, veiculadas pelo movimento da Integração Docente-Assistencial, tiveram na formulação que se realizou, neste período, a respeito do ensino no projeto de Paulínia. Esta influência expressou-se, não somente na ênfase atribuída à questão da organização dos serviços e da integração entre as instituições de saúde no interior do projeto como, também, na elaboração de propostas que pretendiam estimular uma inserção maior das práticas docentes da escola médica nos serviços da rede pública, incluindo a ampliação dos locais de treinamento e a incorporação do espaço hospitalar de nível secundário para o desenvolvimento dos programas de ensino.

Cabe destacar, ainda, o início de uma participação mais orgânica da FCM/UNICAMP, através da Comissão de Ensino de Graduação, no processo de discussão sobre o modelo de ensino a ser implementado no projeto de Paulínia, que passou a ocorrer a partir da possibilidade de utilização do hospital local, seja coordenando a participação de novos departamentos, seja apresentando propostas para o estágio no novo hospital.

5.2.2. A implementação do projeto

O projeto de Paulínia, a partir do final da década de 70, foi objeto de significativas transformações, por referência ao período imediatamente anterior e, também, à sua primeira concepção. Estas mudanças vincularam-se à incorporação de novas idéias a respeito da organização dos serviços de saúde e ao papel da escola médica neste processo mas, sobretudo, estiveram ligadas à presença mais intensa do poder municipal na definição dos rumos do projeto.

A reivindicação crescente, por parte da Prefeitura, de maior poder decisório na área da saúde introduziu, no cenário onde se desenvolvia o projeto, um novo ator institucional, portador de interesses político-ideológicos muitas vezes conflitantes com os da universidade, mas, face às tendências apontadas pela política nacional para o setor, em especial a descentralização e a ampliação das responsabilidades do município na área da saúde, com possibilidades cada vez maiores de interferir na condução do projeto.

As iniciativas, de caráter cíclico, protagonizadas pela Prefeitura de Paulínia, ao longo dos anos 80, direcionadas para a conquista de maior espaço nas decisões relativas à saúde ou, mesmo, apresentando-se como tentativas de emancipação em relação aos demais parceiros institucionais, marcaram o processo de implementação do modelo assistencial neste terceiro período. Estas iniciativas contribuíram para a conformação de relações interinstitucionais, onde os conflitos estiveram presentes em grande parte das vezes, porém, simultaneamente, abriram a possibilidade de se estabelecer uma relação de maior equilíbrio, relativamente ao peso político de cada instituição, e de maior sintonia com as diretrizes da política de saúde.

A. Primeiro momento - 1979-1982

A implementação do projeto de Paulínia, no primeiro momento, caracterizou-se pelo rompimento com a situação de relativa estagnação do trabalho assistencial, que marcou o período anterior, e pela retomada da discussão e da reorganização do conjunto da prestação de cuidados à saúde, nas esferas individual e coletiva.

Tendo encontrado o Centro de Saúde-Escola executando alguns programas da Secretaria Estadual da Saúde, "*com baixíssima produtividade, (...) com tudo da fase anterior desativado, (...) e os funcionários apenas fazendo o trabalho de manutenção para não fechar*"¹⁴¹, além das relações interinstitucionais estarem reduzidas ao mínimo, a direção que assumiu em 1979 desencadeou um processo de reflexão sobre os conteúdos e métodos de trabalho da unidade, envolvendo toda a equipe de saúde, o que significava, para algumas áreas assistenciais, a tentativa de superação da baixa produtividade e da repressão e seleção da demanda.

As discussões tinham como objetivo revitalizar os programas em andamento e estimular a criação de novas ações, intra e extramurais, nas diversas áreas de atenção, buscando, ao mesmo tempo, dinamizar a atuação do serviço e estender a cobertura assistencial. Como resultado deste processo, o conjunto das ações médico-sanitárias do CSE foi objeto de reorganização, passando a constituir vários programas e subprogramas, dirigidos a determinados grupos populacionais e desenvolvidos na perspectiva do trabalho integrado, dentro e fora da unidade, com os outros serviços existentes no município e entre os diversos níveis de atenção à saúde.

Nesta fase da implementação do projeto de Paulínia, dois aspectos presentes no modelo assistencial do primeiro período, e que se retraíram após a crise do projeto, foram retomados, quais sejam, a atuação extramural e as atividades de educação em saúde. Os trabalhos externos voltaram a receber especial ênfase no início dos anos 80, voltados para grupos populacionais que já haviam sido objeto de intervenção, como os escolares e pré-escolares, ou ampliados para novos contingentes da população, como foi o caso dos programas de creches, de fazendas e de indústrias.

Da mesma forma como ocorreu com os trabalhos externos, e articuladas muitas vezes a eles, também as práticas educativas passaram a constituir um foco privilegiado de atenção da equipe do serviço e, a despeito das dificuldades para sua efetivação, estiveram presentes no enunciado de todos os programas e inspiraram várias tentativas de trabalhos junto à população, tanto intramurais como na comunidade.

¹⁴¹Entrevista de Nelson R. dos Santos.

Na implementação de trabalhos educativos, merece destaque o movimento esboçado pela equipe do CSE no sentido de buscar suporte conceitual e metodológico externo, o que se concretizou através da colaboração de alguns membros do departamento de Sociologia da Educação da Faculdade de Educação da UNICAMP¹⁴². O trabalho conjunto envolveu a realização de várias discussões, para confrontação de conceitos, experiências e informações, resultando no delineamento de temas, como a participação popular e a troca de saberes com a população, que foram objeto de um debate mais intenso e que motivaram a escolha dos trabalhos em grupo como uma das formas inicialmente privilegiadas para a ação educativa. (UNICAMP/CSEP,1981b).

A implementação dos diversos programas foi realizada tendo como referência as áreas ambulatoriais do Centro de Saúde-Escola, que não somente serviram de retaguarda assistencial para os mesmos mas, por meio de suas equipes - docentes dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, médicos contratados pela SES/SP ou, em alguns casos, pela Prefeitura de Paulínia, enfermeiras e auxiliares de enfermagem -, participaram da definição das novas intervenções e no desenvolvimento dos trabalhos internos e externos ao serviço.

Na *área de atenção à criança*, as atividades ambulatoriais foram implementadas mantendo-se a separação entre o programa de Puericultura, dirigido à faixa etária até dezoito meses e que era desenvolvido no período da tarde, e o atendimento geral em Pediatria, realizado pela manhã, configurando uma divisão de trabalho que, mesmo não sendo rígida, era justificada pela necessidade de racionalizar o atendimento e pela prioridade atribuída às ações preventivas na atuação do Centro de Saúde-Escola. (UNICAMP/CSEP,1980a).

O modelo de atendimento ambulatorial adotado comportava uma intensa participação da enfermagem, tanto nas atividades de Puericultura como nas de Pediatria, através da pré e pós-consulta e de atendimentos próprios da enfermagem, que participava do calendário de acompanhamento das crianças da Puericultura¹⁴³ e do atendimento de

¹⁴²Este trabalho de assessoria teve a participação de Paulo Freire, à época professor da Faculdade de Educação da UNICAMP. (Entrevista de Nelson R. dos Santos).

¹⁴³No ano de 1981, este programa cobria cerca de 76% da população menor de dois anos de idade, aproximando-se de 100%, para a faixa etária até dezoito meses.

crianças com patologias menos complexas, sob supervisão médica, além das atividades de imunização e de discussões em grupos com as mães do programa de Puericultura.

As atividades extramurais desenvolvidas pela área de atenção à criança envolveram a reativação do programa de saúde do escolar e do pré-escolar e a implantação de um trabalho junto às crianças das creches municipais. A atuação sobre a clientela destas instituições extra-setoriais constituiu-se em uma forma de ampliar a cobertura assistencial da área e estender as ações preventivas para uma ampla parcela da população infantil.

O *programa de saúde dos pré-escolares*¹⁴⁴, reiniciado em 1980, e *dos escolares*, em 1982, compunha-se de atividades de capacitação dos professores para a identificação, solução e encaminhamento dos problemas de saúde apresentados pelos alunos; do diagnóstico epidemiológico da população de cada faixa etária, através da avaliação antropométrica e do exame clínico de todas as crianças, realizado na própria escola e que gerava atendimentos médicos na escola ou no ambulatório do CSE; e de algumas atividades de educação em saúde, com grupos de alunos e professores, a partir das informações e demandas surgidas durante a execução do programa.

Nesta esfera de atuação foi implementado, também, através da área de Odontologia do CSE, o *programa de odontologia escolar*, constituído por um sistema incremental que, de forma escalonada, dava cobertura aos escolares de seis a quatorze anos e cuja atuação se apoiava no uso de equipamento simplificado¹⁴⁵, no trabalho a quatro mãos e na ampla utilização de pessoal auxiliar e de cujas atividades, preventivas e assistenciais, participavam estudantes do quarto ano do curso de Odontologia da UNICAMP.

Diferentemente do modelo assistencial implantado no primeiro período do projeto de Paulínia, o trabalho desenvolvido pelos programas de saúde do escolar e pré-escolar, nesta fase, centrou-se nos aspectos diagnósticos e terapêuticos, relacionados aos problemas clínicos e de crescimento detectados durante o acompanhamento das crianças,

¹⁴⁴Os pré-escolares compreendiam as crianças de três a seis anos de idade, matriculadas nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI's). Atenção aos escolares ocorria a partir dos sete anos de idade, pretendendo-se uma cobertura que fosse até o término do segundo grau. (UNICAMP/CSEP/SMET,1979).

¹⁴⁵Este tipo de equipamento foi projetado e fabricado nas oficinas da Prefeitura Municipal de Paulínia, a partir de adaptação do modelo desenvolvido no Distrito Federal, apresentando facilidades para ser desmontado e transportado às escolas e custo equivalente a 10% do equipamento tradicional. (UNICAMP/CSEP,1981a).

com menor ênfase nas ações educativas, numa atuação integrada dentro do currículo escolar ou, mesmo, na participação dos pais dos alunos.

O *programa de atenção às crianças das creches municipais*, implantado em 1981, teve, igualmente, o objetivo de ampliar os cuidados à saúde da população infantil, estendendo as ações preventivas e curativas desenvolvidas pelo CSE a um maior número de crianças, na faixa etária de três meses a três anos de vida. O programa comportava, além dos controles médicos, um trabalho muito estreito com as funcionárias das creches, no sentido de capacitá-las em algumas práticas rotineiras relacionadas ao desenvolvimento mental e afetivo das crianças, à sua alimentação e higiene. Envolveu o treinamento das babás no CSE, a supervisão semanal do seu trabalho nas creches, a realização de reuniões periódicas com as mães e de avaliações conjuntas do programa pela equipe do CSE, equipe da creche e mães. (UNICAMP/CSEP,1981a).

No que se refere à *área de atenção à mulher*, o objetivo explicitado para o trabalho do CSE era o de uma atuação integral, englobando os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvida de forma integrada com as demais áreas e com os serviços de maior complexidade e realizada através de programas voltados à atenção ginecológica e à reprodução. (UNICAMP/CSEP,1980b).

Contando com um reduzido número de profissionais médicos, além da presença de alguns docentes e residentes do departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, esta área teve sua atuação restrita, quase exclusivamente, ao espaço intramural, com as visitas domiciliares constituindo-se nas únicas atividades realizadas na comunidade, em geral dirigidas às puérperas, para orientações quanto ao aleitamento materno, cuidados com a criança e a mãe e estímulo à consulta de puerpério.

Dentro da chamada atenção à reprodução humana, o pré-natal manteve-se como o principal programa da área, desenvolvendo-se através de um modelo de intervenção que se baseava na caracterização do risco obstétrico de cada gestante, a partir do qual se definia a forma - consulta médica ou de enfermagem - e a periodicidade do seu seguimento, que incluía, ainda, ações de imunização, atendimento odontológico e suplementação alimentar.

Apesar do lugar central ocupado pelo atendimento às gestantes no conjunto da atuação da área, um programa voltado para a atenção ginecológica também foi implementado, objetivando, sobretudo, a prevenção do câncer de colo uterino e de mamas e a orientação sobre anticoncepção. Dele faziam parte consulta médica de rotina a cada dois anos, consulta de enfermagem anual e atividades de educação em saúde com grupos de mulheres, realizadas no próprio CSE e geralmente destinadas à discussão e esclarecimentos sobre os métodos anticoncepcionais. O trabalho implementado avançou, desta forma, na direção da incorporação de ações de controle sobre duas esferas de problemas que, por sua gravidade ou prevalência, passaram a ocupar um maior espaço entre as prioridades da área, ainda que deixando de lado outras esferas importantes de intervenção, como as da atenção à adolescência e ao período pós-menopausa.

Os programas de atenção à mulher permitiram, ainda, que a área incorporasse tecnologias não habitualmente presentes nos serviços básicos de saúde, como a realização de colposcopias e a utilização de algumas técnicas de diagnóstico laboratorial, além de ter dado ênfase ao trabalho conjunto, médico e de enfermagem, e à capacitação do pessoal auxiliar, o que se refletiu, por exemplo, na ampliação da cobertura de exames de citologia oncológica na população feminina do município.

Ao final deste primeiro momento de implementação do projeto de Paulínia, contudo, a área de atenção à mulher passou a não mais contar com a presença de docentes e residentes do departamento de Tocoginecologia, o que traria repercussões, principalmente, para a manutenção de algumas atividades ligadas ao programa de atenção ginecológica.

No modelo assistencial implementado, a *área de saúde do adulto* foi objeto de particular atenção, tanto pela situação de "inércia" que ela vinha apresentando, quanto pela própria necessidade de que a ela se articulasse a implantação de novos programas externos. Na fase inicial das discussões com a equipe do serviço, o diagnóstico da situação da área mostrou a existência de significativa repressão da demanda assistencial, além de seleção da clientela, decorrente da preferência de alguns profissionais pelo atendimento de determinadas patologias, configurando uma situação que, segundo a direção do CSE à

época, era necessário reverter, "*trazendo a clínica de adultos para a mesma prioridade da área materno-infantil*"¹⁴⁶.

Tendo como objetivo a prestação de serviços médico-sanitários a toda a população acima de doze anos de idade, residente no município, o processo de reorganização do trabalho da área caracterizou-se pela reafirmação da Medicina Integral como modelo orientador das práticas em saúde do adulto, ao mesmo tempo em que se buscou imprimir determinadas características à atuação da área, como a *desconcentração* - uma outra forma de se referir à extensão da cobertura -, a *descentralização* dos serviços, a *simplificação* dos recursos utilizados e a *integração* das atividades preventivas e curativas, intra e interinstitucionais. (UNICAMP/CSEP,1980d).

Nesta fase, algumas ações de caráter coletivo começaram a receber maior ênfase, como as relacionadas ao diagnóstico epidemiológico da população adulta, à vigilância epidemiológica e à educação em saúde, mas foi na esfera da atenção individual onde mais se verificaram mudanças, ligadas à ampliação das atividades de assistência médica e de enfermagem, à incorporação de novos programas e a uma maior preocupação com a capacidade resolutiva das ações de saúde. Insere-se, neste último aspecto, a iniciativa da direção do CSE de reativar e dar maior capacitação técnica ao laboratório que funcionava dentro da unidade, buscando, junto ao setor de Patologia Clínica do Hospital-Escola da FCM/UNICAMP, a retaguarda técnica necessária para o treinamento dos funcionários e a avaliação do trabalho do laboratório do CSE. (UNICAMP/CSEP,1980c).

A maior presença da enfermagem no trabalho assistencial em saúde do adulto, como já assinalado, foi outro aspecto paulatinamente incorporado pela área, com as enfermeiras, auxiliares e visitadoras passando a participar diretamente, não apenas do seguimento de pacientes portadores de algumas doenças infecto-contagiosas, que já se constituíam em objeto privilegiado dos programas de Saúde Pública, como Tuberculose e Hanseníase, mas, também, do acompanhamento de portadores de outras patologias crônicas não-infecciosas. A participação da enfermagem, através de consultas periódicas supervisionadas e de atividades educativas em grupos, no tratamento, por exemplo, de

¹⁴⁶Entrevista de Nelson R. dos Santos.

hipertensos e diabéticos, assumiu um papel cada vez mais expressivo no conjunto das atividades da área, aumentando, com isso, a capacidade do serviço de responder à demanda assistencial.

Com relação às atividades externas, e tendo como referência a área de saúde do adulto do CSEP, foi implantado, em 1981, o *programa de atenção aos trabalhadores das pequenas e médias indústrias*, com o objetivo de estender a cobertura assistencial e desenvolver atividades de promoção à saúde e de prevenção de doenças, em especial as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho, nas empresas com menos de quinhentos empregados e que não dispunham de serviço médico. (UNICAMP/CSEP,1981a).

A atuação do programa envolvia o conhecimento do ambiente e do processo de trabalho, para identificação das situações de risco existentes em cada uma das empresas¹⁴⁷, a indicação de trabalhadores para, após treinamento, assumirem o papel de agentes de saúde e a realização de atendimento periódico, médico e de enfermagem, nos locais de trabalho ou, quando necessário, no ambulatório de adultos do CSE. O programa envolvia, ainda, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, de caráter informativo e preventivo, relacionadas aos riscos ocupacionais a que os trabalhadores estavam expostos, realizadas diretamente com os funcionários ou através dos agentes de saúde.

Entre os problemas encontrados para a implementação deste programa, destacam-se as dificuldades, colocadas pelas empresas, para a realização de atividades educativas, em grupos, durante o horário de trabalho e a demora no agendamento de consultas especializadas e de exames complementares nos serviços de referência (UNICAMP/CSEP,1981a), reproduzindo dificuldades também enfrentadas pelos ambulatórios do CSE.

A ampliação do acesso aos cuidados à saúde também esteve presente, enquanto idéia central, na implantação de um outro programa, dirigido ao *atendimento da população rural do município*. Iniciado no final de 1980, em três fazendas, este programa tinha uma estrutura semelhante à daquele desenvolvido nas indústrias, apoiando-se no treinamento de

¹⁴⁷Este programa foi implantado em uma pedreira e um depósito de fertilizantes, tendo recebido assessoria técnica da Área de Saúde Ocupacional do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

um morador da própria fazenda, indicado e remunerado por ela, para atuar como agente local de saúde, além de realizar a prestação periódica de atendimento médico e de enfermagem, incluindo imunizações, e desenvolver atividades de educação em saúde. Da mesma forma como ocorreu com o programa junto às indústrias, também neste ocorreram dificuldades operacionais, tanto no que se refere ao trabalho realizado pelas agentes de saúde, quanto no relacionamento com a administração das fazendas, ou na referência para exames e consultas especializadas. (UNICAMP/CSEP, 1981a).

No modelo de trabalho implementado pelas três áreas de atenção, seja em seus programas intra ou extramurais, o risco da medicalização, da mesma forma que no momento anterior, foi particularmente enfatizado, fazendo parte das discussões das equipes de cada área e das reuniões para avaliação do trabalho da unidade. A preocupação em escapar da medicalização traduziu-se em algumas iniciativas, como a de revisão dos critérios para solicitação de exames complementares - em especial para os chamados "exames de rotina" -, de se desdobrarem alguns deles de acordo com a suspeita clínica e de se estimular a realização de pesquisas, que dessem suporte para uma atuação clínica mais crítica em relação ao consumo excessivo de tecnologia médica¹⁴⁸.

Cabe destacar, ainda, entre as iniciativas implementadas pelo projeto, aquela voltada para a regularização e dinamização das *ações de vigilância sanitária e de saneamento do meio*. Esta esfera de atuação da Saúde Pública, que foi pouco trabalhada pelos gerentes anteriores do CSE, funcionava, segundo depoimento da direção que assumiu em 1979, dentro de um esquema vicioso e centralizado nas instâncias regionais da Secretaria da Saúde. Este quadro exigiu um intenso trabalho, técnico e político, no sentido de sua reordenação, envolvendo a conquista de autonomia, para que o serviço local pudesse atuar diretamente como fiscalizador e, também, a extensão da sua esfera de ação para além da higiene dos estabelecimentos, englobando a fiscalização das condições de saneamento do meio.

¹⁴⁸Entrevista de Nelson R. dos Santos.

Nas palavras do diretor do CSE, este trabalho representou "*uma guerra quase tão dura quanto aquela contra a medicalização e contra a distorção do modelo assistencial médico, (...) porque achávamos que o Centro de Saúde tinha que fazer a Medicina Integral, a Saúde Integral, mexer com a coisa do meio ambiente*"¹⁴⁹.

Outro aspecto do modelo assistencial que se foi delineando, juntamente com a implantação das novas atividades e programas, referiu-se à gerência do serviço. A diversificação das intervenções e as características particulares do trabalho de cada área, ou de determinados programas externos desenvolvidos pelo CSE, fizeram com que, a partir de 1981, fossem definindo-se melhor as equipes e sendo formalizadas as coordenações de programas e áreas, que passaram a desenvolver um trabalho sistemático de discussões, relacionadas à organização e à avaliação de suas práticas.

Esboçou-se, assim, um modelo de gerência do tipo matricial, com "*o acoplamento da organização clássica, centralizada e vertical (linha-staff) com outra, horizontal (coordenações de áreas ou gerenciamentos de programas e projetos)*", configurando uma nova forma de se gerir o serviço, que implicava em uma participação mais ativa do conjunto dos profissionais na dinâmica do trabalho em saúde. (UNICAMP/CSEP,1981c).

O modelo assistencial desenvolvido pelo projeto de Paulínia, neste momento, foi conduzido, em grande medida, pela equipe do CSE, através da qual a universidade, por meio de alguns docentes dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, exercia um papel hegemônico, em termos da definição e da implementação do conjunto das ações de saúde, sejam de caráter individual ou coletivo, intra ou extramurais.

Opondo-se a esta hegemonia da instituição acadêmica, a Prefeitura do município realizou várias tentativas de conquistar maior poder decisório na área da saúde, não apenas colocando suas demandas para o serviço em funcionamento mas, principalmente, procurando criar novos serviços. Buscava, assim, delimitar espaços próprios, onde ela pudesse exercer mais diretamente um papel gerencial, atendendo a demanda assistencial da

¹⁴⁹Entrevista de Nelson R. dos Santos. Um momento em que esta disputa explicitou-se mais intensamente foi durante a epidemia de febre tifóide, ocorrida em Paulínia no início da década de 80, quando a unidade de saúde assumiu um papel relevante nas ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

população dos bairros periféricos e, ao mesmo tempo, os interesses dos políticos locais em exercer uma influência mais direta sobre a área da saúde.

A partir de 1979, as sucessivas gestões municipais foram assumindo, ainda que com alguns recuos passageiros, várias iniciativas para obter maior autonomia na esfera da saúde. Um exemplo desta tendência ocorreu em novembro de 1979, três meses após a posse do novo prefeito, quando este solicitou ao diretor do Departamento Regional de Saúde de Campinas, que presidia o Conselho Diretor do CSE, a exclusão da Prefeitura Municipal do convênio tripartite que estava vigente, sugerindo que ele fosse firmado apenas entre a UNICAMP e a SES/SP¹⁵⁰. (PMP,1979b).

Na mesma ocasião, o prefeito, "*julgando desnecessária a integração do Pronto Socorro Municipal ao Centro de Saúde-Escola de Paulínia*" (PMP,1979a; PAULÍNIA,1980), rompeu convênio assinado com a UNICAMP, em 1975, para este fim. Com o término da integração funcional com o CSE, o Pronto Socorro voltou a ser gerido diretamente pela Prefeitura, tendo o seu novo coordenador optado por reforçar o atendimento ambulatorial do P.S., sobretudo na área de Pediatria¹⁵¹, iniciativa que evidenciava a insuficiente oferta de atendimento médico à população por parte do Centro de Saúde, constituindo-se em uma das causas de conflitos entre os dois serviços.

Ao lado destas iniciativas de rompimento da parceria interinstitucional no setor saúde, o poder público municipal implementou, também, outras decisões, que influenciaram significativamente a conformação do modelo assistencial no período. A mais importante delas foi, sem dúvida, a decisão de construir um hospital no município - uma "*iniciativa genuinamente municipal*"¹⁵², que se revestiu de caráter mais político que técnico¹⁵³ - e de colocar seu funcionamento em mãos de grupos privados.

¹⁵⁰Uma minuta de convênio entre a UNICAMP e a SES/SP foi elaborada e apreciada pelo Conselho Diretor da universidade, mas não chegou a se efetivar. (UNICAMP,1970).

¹⁵¹Entrevista de José P. M. Bonilha Jr.

¹⁵²Entrevista de Nelson R. dos Santos.

¹⁵³Entrevista de Geraldo J. Ballone.

Criado, em março de 1981 (PAULÍNIA,1981), como uma entidade de natureza autárquica, com patrimônio e administração autônomos, o Hospital Municipal teria, segundo seu regulamento, a finalidade de elaborar e implantar o sistema de assistência médica e hospitalar no município, cujas diretrizes políticas e operacionais incluíam (PMP,1981):

- o estabelecimento de convênios, com empresas e sindicatos sediados no município e com entidades públicas e particulares, para prestação de serviços médicos e hospitalares;
- o caráter não lucrativo do Hospital Municipal;
- a gratuidade dos serviços médicos e hospitalares aos indigentes e servidores da Prefeitura e do hospital;
- o planejamento e execução direta do atendimento de emergência;
- a delegação, a profissionais especializados, da execução dos serviços médicos e cirúrgicos, através de contratos de locação civil;
- a inexistência de vinculação jurídica entre o hospital e o pessoal contratado pelos prestadores de serviços.

Ao lado dos serviços essenciais, de emergência e pronto atendimento, mantidos com recursos próprios da autarquia, previa-se que os serviços agregados - correspondentes a seis áreas médico-cirúrgicas, cuja execução seria delegada a terceiros, através de contratos de locação - teriam seu suporte operacional garantido pelo Hospital Municipal, que se obrigava a contratar pessoal de enfermagem e de apoio técnico-administrativo e a fornecer o material necessário ao desenvolvimento dos serviços contratados. (PMP,1981).

Na gestão do prefeito Geraldo Ballone, inúmeras negociações foram empreendidas com o objetivo de concretizar os contratos de locação dos serviços e, mesmo, de buscar outras formas de dar viabilidade financeira ao funcionamento do Hospital. Os contatos empreendidos pelo prefeito envolveram grupos médicos de Campinas, ligados a vários hospitais privados e a diferentes especialidades¹⁵⁴, alguns médicos que exerciam

¹⁵⁴Entre eles, o hospital da PUC de Campinas, a Casa de Saúde e o Centro Médico.

atividade privada em Paulínia e, ainda, empresas de grande porte sediadas no município, entre elas a Rhodia e a PETROBRÁS, que tinham interesse em utilizar o hospital para o atendimento de seus funcionários, incluindo os acidentados do trabalho.

Entre as opções estudadas pela Prefeitura de Paulínia para dar sustentação técnica e financeira ao funcionamento do Hospital Municipal, não se colocou, em nenhum momento desta gestão, a possibilidade de buscar a colaboração de profissionais e de serviços especializados pertencentes à FCM/UNICAMP. Isto decorria, na opinião do prefeito, do receio de se perpetuar o relacionamento que já havia no Centro de Saúde - em que não questionava o gerenciamento técnico, mas político do serviço, sem uma autonomia municipal plena -, e do medo de que a universidade viesse a tomar conta também do Hospital¹⁵⁵.

O modelo adotado pela Prefeitura para o funcionamento do hospital, baseado na contratação de grupos médicos privados para a execução dos serviços, não encontrou, praticamente, qualquer oposição dos políticos locais. No decorrer do processo de escolha daqueles grupos, contudo, algumas resistências começaram a surgir, traduzindo a desconfiança de que os grandes especialistas de fora da cidade não assumiriam pessoalmente os serviços, mandando apenas seus auxiliares, e de que a exploração privada do hospital compromettesse o atendimento dos pacientes pobres¹⁵⁶.

Com o objetivo de buscar outras fontes de financiamento, a Prefeitura tentou, ainda, estabelecer convênio com a Previdência Social, com base no pagamento por unidades de serviço¹⁵⁷, uma modalidade de convênio que, no início dos anos 80, começava a entrar em declínio, em face das inúmeras denúncias de fraudes ligadas a esta forma de remuneração e do surgimento, no contexto da intensificação da crise da medicina previdenciária, de novas propostas de convênios entre a Previdência Social e os serviços públicos de saúde.

Apesar do prédio do Hospital, no início de 1983, já estar concluído e parcialmente equipado e de alguns contratos já terem sido assinados, não houve tempo hábil para que a gestão Ballone colocasse o serviço em funcionamento, em razão, sobretudo, da

¹⁵⁵Entrevista de Geraldo J. Ballone.

¹⁵⁶Entrevistas de Benedito D. de Carvalho e de José P. M. Bomilha Jr.

¹⁵⁷Entrevista de Geraldo J. Ballone.

mudança ocorrida no governo do Estado, em março de 1983, que motivou a nomeação de um novo prefeito para Paulínia¹⁵⁸, pertencente ao PMDB e adversário político do antecessor.

No que diz respeito ao nível básico de atenção à saúde, o poder municipal não participou da elaboração e implementação da grande maioria dos programas que foram desenvolvidos a partir do Centro de Saúde-Escola. Mesmo em relação aos trabalhos extramurais realizados nas fazendas e indústrias, apesar de afirmar sua importância, a Prefeitura não apoiou concretamente a equipe do serviço na relação com a chefia das empresas onde os programas foram iniciados, justificando esta posição por razões de ordem política e tributária¹⁵⁹.

A exceção à ausência de participação do município no atendimento primário ocorreu na área de saúde bucal, onde a Prefeitura desenvolveu um projeto de cuidados preventivos, educativos e restauradores, junto à população escolar de seis a quatorze anos de idade. O trabalho implantado utilizava um sistema incremental, cuja metodologia, inspirada no programa de saúde escolar de Brasília, apoiava-se na ampla utilização de pessoal auxiliar com funções delegadas, na adoção de técnicas de trabalho a quatro mãos, na racionalização dos ambientes físicos e no emprego de equipamento simplificado, constituindo uma experiência que se ampliaria a partir de meados de 1983, associada à área de saúde da criança do CSE. (PMP,1980).

No que se refere à base de financiamento do sistema, a Prefeitura de Paulínia, sobretudo a partir de 1980, passou a assumir um importante papel como financiadora dos serviços, aumentando significativamente os gastos do orçamento municipal com o setor saúde. Conforme pode ser visto na **tabela I**, as despesas com assistência médico-sanitária, que alcançaram, no período 1976-1978, aumentos anuais de pouco mais de 100%, experimentaram, no período seguinte, incrementos que chegaram a 1.753%¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Prefeito José Pavan, nomeado pelo governador Franco Montoro.

¹⁵⁹ Entrevista de Geraldo J. Ballone.

¹⁶⁰ Ainda que não pertencendo ao nosso período de estudo, deve-se observar o aumento das despesas municipais com assistência médico-sanitária ocorrido a partir de 1989, que se constituiu num dos fatores geradores da crise interinstitucional do início dos anos 90, que culminaria com a municipalização do sistema de saúde de Paulínia.

Quando se considera a média das variações (deltas) ocorridas com a despesa total da Prefeitura e com os gastos com assistência médico-sanitária, durante a gestão do prefeito Geraldo Ballone (1979-1983), verifica-se que, enquanto a primeira apresentou um crescimento médio anual de 162,2%, os gastos com assistência médico-sanitária tiveram um incremento médio anual de 959,1%, principalmente em razão dos recursos investidos na construção do Hospital Municipal.

TABELA I - EVOLUÇÃO DA DESPESA TOTAL E DOS GASTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA, 1976-1990

CR 1.000,00 de 1990 (1)

Base 1976 = 100

ANOS	DESPESA TOTAL	Δ	GASTOS AMS	Δ
1976	431.258,77	100	23.141,29	100
1977	628.731,68	145,8	50.057,55	216,3
1978	849.417,45	197,0	38.696,04	167,2
1979	1.051.370,56	243,8	53.020,52	229,1
1980	1.039.558,12	241,0	146.049,45	631,1
1981	1.234.578,87	286,3	354.565,53	1532,2
1982	1.186.609,88	275,1	243.042,72	1050,2
1983	1.142.923,19	265,0	428.817,10	1853,0
1984	836.798,04	194,0	45.068,72	194,7
1985	1.624.885,83	376,8	101.617,07	439,1
1986	1.461.063,62	338,8	158.151,81	683,4
1987	1.864.944,66	432,4	172.611,53	745,9
1988	1.362.274,62	315,9	151.583,40	655,0
1989	3.398.452,79	788,0	238.233,63	1029,5
1990	3.287.689,88	762,4	340.867,65	1473,0

Fonte: PMP, 1976-1990.

(1) Valores atualizados para o ano de 1990 pelo IGP-DI Médio/FGV.

A participação da UNICAMP e da Secretaria Estadual da Saúde no financiamento dos serviços manteve-se em moldes semelhantes ao do período 1976-1978: em relação à universidade, as despesas referiam-se ao pagamento do pessoal, docente e não docente, por ela alocado no projeto, enquanto a SES/SP continuou fornecendo insumos para a rede básica (vacinas, medicamentos), além dos repasses provenientes do convênio do Centro de Saúde-Escola, cuja participação percentual no conjunto das despesas com assistência médica foram progressivamente decrescendo, conforme mostra a **tabela II**.

TABELA II - PARTICIPAÇÃO DOS RECURSOS DO MUNICÍPIO E DOS REPASSES DOS CONVÊNIOS SES/UNICAMP/PMP E UNICAMP/HC/FCM/INAMPS NAS DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, MUNICÍPIO DE PAULÍNIA, 1976-1985

CR 1.000,00 DE 1990 (1)

BASE 1976 = 100

ANOS	RECURSOS PMP (%)	CONVÊNIO SES (%)	CONVÊNIO INAMPS (%)
1976	55,8	44,2	φ
1977	70,6	29,4	φ
1978	68,2	31,8	φ
1979	75,4	24,6	φ
1980	90,9	9,1	φ
1981	95,3	4,7	φ
1982	92,9	7,1	φ
1983	96,7	3,3	φ
1984	72,8	22,8	4,4
1985	78,6	16,5	4,9

Fontes: PMP, 1976-1990.

UNICAMP, 1970.

UNICAMP/HC/FCM/INAMPS, 1976-1985.

(1) Valores atualizados para o ano de 1990 pelo IGP-DI Médio/FGV.

Como mostram os dados acima, referentes a uma década de implementação do sistema de saúde de Paulínia, à Prefeitura sempre coube a maior responsabilidade pelo financiamento dos serviços. Mesmo após o período 1980-1983, quando foi realizado o investimento mais expressivo, referente à construção do Hospital, o orçamento do município continuou sendo a principal fonte de recursos, com a Secretaria Estadual da Saúde não tendo retomado os níveis de participação anteriores a 1980 e os repasses do convênio INAMPS para o Centro de Saúde-Escola representando percentuais bastante reduzidos do financiamento do sistema.

B. Segundo momento - 1983-1985

Neste segundo momento, o projeto de Paulínia, ainda que mantendo as linhas gerais do trabalho que vinha sendo desenvolvido, experimentou algumas transformações relativas à implementação do modelo assistencial, que foi assumindo uma nova configuração, decorrente da ênfase atribuída à questão da atenção à demanda - não só em termos quantitativos mas, principalmente, no que diz respeito à capacidade resolutiva dos serviços -, associada a um rearranjo nas relações interinstitucionais. As mudanças que se verificaram estiveram ligadas, em parte, à troca de direção do Centro de Saúde-Escola e, de outro lado, às transformações que se foram processando na política de saúde do país, direcionadas à reorganização do setor, com base nos princípios da integração, regionalização e hierarquização dos serviços públicos.

A criação de novas unidades sanitárias e a perspectiva de ativação do hospital local fizeram com que a área da saúde do município fôsse adquirindo uma configuração mais sistêmica, à qual se associou, apesar das divergências entre a equipe do Centro de Saúde-Escola e os dirigentes municipais sobre o modelo assistencial a ser adotado pela rede de serviços, a incorporação de novas tecnologias no processo de produção das ações de saúde, na perspectiva do aumento da capacidade resolutiva dos serviços.

No primeiro semestre de 1983 e ainda na gestão de Geraldo Ballone, a Prefeitura do município começou a implementar sua proposta de criação de Postos de Saúde em bairros periféricos da cidade, atendendo às reivindicações dos moradores e de políticos locais. A descentralização da prestação dos serviços iniciou-se pelo Jardim Monte Alegre, um núcleo de habitações populares em expansão, que vinha concentrando um crescente contingente populacional e cujo Posto de Saúde foi instalado de forma bastante precária, ou seja, com espaço exíguo, escassez de pessoal e de recursos materiais e ausência de um trabalho gerencial que viabilizasse as condições necessárias para seu funcionamento, restringindo sua atuação inicial a cuidados de enfermagem e, de modo não regular, a atendimentos médicos de crianças e adultos.

Cabe assinalar que a experiência inicial dos moradores do bairro com um serviço desta natureza, funcionando como um pronto atendimento com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde da população local, fez com que, nas reuniões realizadas no Posto do Monte Alegre, as reivindicações mais insistentes dos moradores fossem dirigidas à conquista de um telefone público e uma ambulância para o bairro, para facilitar o acesso ao Pronto Socorro e ao CSE.

À mesma época, a Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura iniciou a implantação do Posto de Saúde do bairro João Aranha, o mais distante do centro da cidade e onde, desde o início do projeto de Paulínia, havia consenso sobre a necessidade de instalação de uma unidade de saúde, que veio a ocorrer, contudo, em condições tão ou mais precárias que aquelas presentes no Posto do Monte Alegre¹⁶¹. Nestes dois serviços, criados por iniciativa da Prefeitura, a equipe do CSE procurou ter alguma participação, através da realização de reuniões com a população, da identificação de moradores do bairro que pudessem se tornar agentes de saúde ou, ainda, pressionando os dirigentes municipais com o objetivo de melhorar as condições de trabalho das unidades.

A Prefeitura de Paulínia instalou, na gestão seguinte (prefeito José Pavan, 1983-1985), mais dois outros Postos de Saúde no município, um no bairro Morumbi e outro no Jardim Planalto. Estas unidades, diferentemente do que aconteceu com as demais, tiveram o

¹⁶¹Entrevista de Eduardo M. Gamba.

seu principal problema, não nas precárias instalações, mas na falta de demanda, já que o Posto de Saúde do Jardim Planalto, o primeiro construído e equipado para este fim, servia a um bairro ainda em formação, com população bastante reduzida, e o Posto do Morumbi localizava-se muito próximo do CSE. A escassez de demanda motivou seu fechamento, pouco tempo depois da inauguração¹⁶².

O perfil inicialmente assumido pela rede de unidades de saúde caracterizou-se, assim, por uma implantação nem sempre vinculada à existência de uma real necessidade do serviço, aliada à escassez de discussões e de elaboração do modelo assistencial a ser implementado e à precariedade das condições de funcionamento dos Postos. Isto fez com que tais unidades assumissem um papel *periférico*, não por referência à sua localização geográfica, mas pela baixa capacidade técnica e gerencial de que dispunham para uma atuação médico-sanitária mais efetiva em sua área de abrangência.

De qualquer forma, apesar da precariedade dos novos serviços, sua implantação evidenciou a presença e a iniciativa da Prefeitura no que diz respeito à extensão da oferta de cuidados à saúde da população. Embora significando, principalmente, uma fonte de rendimentos políticos para o prefeito e os vereadores, os Postos de Saúde constituíram, ao mesmo tempo, o embrião da rede regionalizada de serviços de saúde que viria a se formar no município.

As unidades básicas que foram sendo implantadas pela Prefeitura, apesar de não contarem com a participação da direção do Centro de Saúde-Escola nas definições a respeito do local e das condições para sua instalação, passaram a suscitar, na equipe do CSE, a necessidade de influir mais diretamente no seu funcionamento, procurando que os Postos de Saúde assumissem, paulatinamente, uma atuação mais integral junto à população de sua região de cobertura. Defendia-se, naquele momento, que os Postos passassem a implementar, da mesma forma que fazia o CSE, atividades e programas de atenção integral à criança, à mulher e ao adulto, imprimindo, assim, um caráter mais orgânico à rede básica de saúde.

¹⁶²Entrevistas de Eduardo M. Gamba e de Benedito D. de Carvalho.

O modelo de prestação de serviços que os dirigentes municipais tentaram implantar nos Postos de Saúde centrava-se no pronto atendimento, com baixa capacidade resolutiva. Já a equipe do CSE defendia que o modelo assistencial de todas as unidades da rede fosse orientado pela integralidade das ações de saúde e pela efetiva capacidade de resolver os problemas sanitários de sua área de abrangência, trabalhando, em muitos casos, sob a forma de programas, voltados para os problemas de saúde de maior prevalência (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial), ou dirigidos a alguns segmentos da população considerados de maior risco (lactentes, gestantes, trabalhadores de fazendas e indústrias, entre outros).

No subperíodo 1983-1985, o modelo assistencial do Centro de Saúde-Escola, como já foi assinalado, experimentou algumas mudanças que, de uma maneira geral, apontaram para a ampliação da oferta de cuidados médicos e a incorporação mais intensa de tecnologia, seja sob a forma de equipamentos e recursos materiais de diagnóstico e tratamento, seja sob a forma de novos saberes, trazidos por profissionais de diferentes especialidades, contrapondo-se, assim, à prática de uma Medicina simplificada na rede básica.

A diversidade das ações implementadas no momento anterior (1979-1982), dirigidas não somente à demanda espontânea, mas a grupos populacionais com pouco acesso aos serviços de saúde, utilizando-se para isso, do espaço extramural, foi sendo substituída, ao longo deste segundo momento, pelo trabalho assistencial desenvolvido no interior da unidade de saúde. Neste redirecionamento, a atuação do serviço norteou-se pela preocupação com a qualidade da assistência prestada e com o aumento da capacidade resolutiva do serviço, ainda que a ampliação da cobertura permanecesse como um dos objetivos a serem alcançados.

Considerando o trabalho da *área de atenção à criança* do CSE, as discussões ocorridas a partir da incorporação de novos profissionais docentes pelo serviço, vinculados aos departamentos de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social, motivaram mudanças na organização das atividades ambulatoriais. Estas, além de se intensificarem, deixaram de lado a separação anterior, entre o seguimento das crianças saudáveis no programa de Puericultura e o atendimento em Pediatria, passando a trabalhar o conjunto das ações sanitárias,

preventivas e curativas, em todos os períodos de funcionamento do ambulatório¹⁶³. Nesta perspectiva de atenção integral à saúde da criança, ampliou-se, igualmente, a participação da enfermagem no atendimento da área, promovendo-se a capacitação do pessoal auxiliar para a realização de consultas supervisionadas de crianças com problemas clínicos de pequena complexidade.

Os programas extramurais desenvolvidos pela área foram mantidos, atingindo-se, neste segundo momento, uma atuação mais sistemática e organizada na esfera da atenção aos pré-escolares e às crianças das creches municipais e, no que diz respeito à população escolar, passando por reformulações que vieram a ampliar significativamente o rol das ações implementadas.

No programa de atenção aos pré-escolares, a experiência de realização de exames sistemáticos das crianças no espaço escolar foi objeto de reavaliação e interrupção, optando-se pelo seu acompanhamento no ambulatório do CSE. Mantiveram-se, por outro lado, as atividades de preparação de professores para assumirem o papel de agentes de saúde nas pré-escolas e o trabalho junto aos monitores e diretores. Esta opção, que atingiria, progressivamente, também o trabalho das creches, configurava uma tendência de centrar no serviço de saúde a realização das ações de cuidado médico, reservando-se para os programas junto às instituições externas uma atuação voltada, principalmente, para as atividades de educação em saúde e de Vigilância Epidemiológica e Sanitária¹⁶⁴.

Com relação ao trabalho com os escolares ocorreu um processo semelhante, marcado pela centralização do conjunto das atividades do programa no interior do serviço de saúde. As ações que vinham sendo realizadas, de forma pouco articuladas, pelas áreas de saúde da criança e de Odontologia do CSE, passaram a constituir, a partir de 1983, por iniciativa destes dois setores, o *Programa Integrado de Educação e Saúde Escolar (PIESE)*, que unificou e expandiu o conjunto das atividades relacionadas à saúde da população escolar.

¹⁶³Entrevista de Maria de Lurdes Zanolli.

¹⁶⁴Idem.

O programa envolveu a integração das ações médico-sanitárias, de atendimento odontológico e de educação em saúde desenvolvidas com cada classe escolar objeto de atenção e, para isso, apoiava-se na unificação das atividades em um mesmo espaço de trabalho. O objetivo era, não somente a superação das dificuldades para se conseguir um local de atendimento nas próprias escolas, mas, principalmente, a possibilidade de racionalizar os recursos humanos e materiais disponíveis, com maior rendimento do trabalho da equipe multiprofissional¹⁶⁵. Implantado nas dependências do Centro Odontológico Municipal¹⁶⁶, o PIESE trabalhava com duas classes por semana, de forma intensiva, mas restringindo sua cobertura aos escolares da primeira e terceira séries do primeiro grau, em razão da insuficiência de recursos humanos e financeiros disponíveis. (MIRANDA,1992).

Além de ter-se constituído em um programa inovador, que envolveu diferentes profissionais num processo de trabalho integrado, o PIESE representou, também, uma experiência relativamente nova no que se refere às relações interinstitucionais dentro do projeto de Paulínia, já que participaram, tanto de sua formulação quanto implementação, serviços geridos pela Prefeitura e pela universidade.

No que se refere à *área de saúde da mulher* do CSE, no segundo momento de implementação do modelo assistencial ocorreu um processo de reorganização, ligado, sobretudo, à necessidade de recompor a equipe da área e de aumentar a qualificação das ações médico-sanitárias desenvolvidas.

A partir de 1983, o departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP deixou de participar, através de seus docentes e residentes, das atividades da área de atenção à mulher do CSE, cuja equipe médica, já antes insuficiente, reduziu-se a uma profissional em tempo parcial, o que repercutiu sobre o desenvolvimento das atividades assistenciais e de ensino, exigindo um movimento de recomposição da equipe¹⁶⁷.

¹⁶⁵Faziam parte da equipe: dentistas, pediatras, oftalmologista, auxiliares odontológicos e de enfermagem, estagiários de Odontologia, residentes de Pediatria e de Medicina Preventiva, auxiliar de educação, merendeira, secretária, técnico de manutenção de equipamentos e motorista. (MIRANDA,1992).

¹⁶⁶O Centro Odontológico Municipal ocupou a área anexa ao CSEP, antes utilizada pelo Pronto Socorro que, em junho de 1983, foi transferido para o Hospital Municipal.

¹⁶⁷Inicialmente foi contratada uma médica sanitária e, só nos anos seguintes, em razão da atração que o Hospital Municipal passou a exercer sobre os especialistas, foi possível a incorporação de profissionais ginecologistas. (Entrevista de Sílvia M. Santiago para a pesquisa).

A contratação de novos profissionais permitiu que a área mantivesse a implementação das atividades, individuais e de grupos, relacionadas à atenção pré-natal, à atenção ginecológica e ao planejamento familiar, todas intramurais. O trabalho do pessoal de enfermagem recebeu especial ênfase, ampliando-se sua participação no atendimento pré-natal e nas consultas ginecológicas de menor complexidade, além do desenvolvimento dos grupos de planejamento familiar e de orientação às gestantes.

A reorganização da área de saúde da mulher envolveu, também, o aumento da qualificação técnica da equipe, buscando imprimir à sua atuação uma maior capacidade resolutiva, o que se fez sentir, mais especificamente, no campo da Patologia Cervical, com o estímulo à especialização de profissionais da área e a incorporação de equipamentos (colposcópio, cautério, material de biópsia), permitindo uma atuação que passou a ser cada vez mais do cuidado integral, e não apenas preventivo, relativamente ao câncer de colo uterino¹⁶⁸.

No que diz respeito à *área de atenção ao adulto*, a partir de 1983 ela experimentou um expressivo crescimento, relacionado, sobretudo, à intensificação das atividades de assistência médica, à incorporação de algumas especialidades consideradas estratégicas na ampliação da capacidade resolutiva do serviço e ao papel que foi sendo assumido pelo pessoal de enfermagem no conjunto da prestação de assistência.

A pressão da demanda por atendimento médico, gerada pelo crescimento demográfico do município¹⁶⁹ e, em parte, pelos programas externos que vinham sendo implementados junto à população rural e aos trabalhadores das indústrias, desde o início dos anos 80, constituiu-se num dos fatores centrais para que a equipe buscasse reorganizar o trabalho da área, concentrando sua atuação, principalmente, no atendimento ambulatorial do CSE.

A atuação extramural, neste momento, não se expandiu, mantendo-se o programa que vinha sendo desenvolvido junto aos trabalhadores de duas empresas e, em decorrência de dificuldades ligadas às condições de atendimento nas fazendas, o programa

¹⁶⁸Entrevista de Sílvia M. Santiago.

¹⁶⁹A população do município aumentou, em cinco anos, 27,8%, passando de 22.536 habitantes, em 1979, para 28.805, em 1984.

de atenção à população rural foi progressivamente desativado. Os trabalhos externos constituíram-se em um dos fatores que, não só contribuíram para gerar uma demanda adicional para o ambulatório de adultos do CSE mas, principalmente, serviram para explicitar a necessidade de uma disponibilidade mínima de pessoal capacitado e de recursos materiais para a prestação adequada e resolutive de cuidados à saúde.

A experiência relativamente nova que representou a introdução mais intensa da assistência médica em uma unidade básica de saúde, particularmente quanto à incorporação da população adulta, aliada à preocupação em implementar formas de prestação de cuidados à saúde que fossem além do pronto atendimento, fez com que a área de adultos redefinisse rotinas e desenvolvesse algumas normatizações diagnósticas e terapêuticas voltadas, sobretudo, para o seguimento de pacientes crônicos no nível primário de atenção. Isto implicou, também, na construção de alguns indicadores para avaliar a capacidade do modelo assistencial em resolver os problemas de saúde da clientela da área¹⁷⁰.

Cabe referir que as normatizações desenvolvidas constituíram uma forma de se aproximar de uma atuação mais sistemática, junto aos portadores de doenças de mais prevalentes (como hipertensos e diabéticos), mas, ao mesmo tempo, buscava-se superar o que se considerava um excesso de rigidez dos programas verticais, tradicionalmente realizados pela Saúde Pública. A tentativa de romper com os aspectos negativos, muitas vezes presentes nestes programas (agendamentos rígidos, dias ou períodos especiais de atendimento, profissionais específicos do programa, atendimento programático desvinculado do atendimento geral da área, entre outros) fez com que se optasse por uma forma de intervenção em que, tanto os subprogramas clássicos de Tuberculose e Hanseníase, como aqueles voltados para os portadores de doenças crônicas não infecciosas, eram realizados de forma integrada com o conjunto do atendimento ambulatorial da área de adultos.

A opção por uma atuação mais integrada, realizada pelo conjunto da equipe do CSE e, particularmente, pela área de saúde do adulto, ao mesmo tempo que significou a

¹⁷⁰A preocupação em aproximar-se de uma apreciação qualitativa do serviço, partindo de alguns indicadores quantitativos, pode ser apreendida através de trabalho realizado por profissionais da área, em 1984, no qual indicadores, como a frequência de solicitação de exames subsidiários, de prescrição de medicamentos e de encaminhamentos a especialidades, foram confrontados com as características demográficas da população atendida e com os diagnósticos realizados. (MADUREIRA et al., 1989).

possibilidade de se trabalhar alguns aspectos relacionados à prestação de assistência, como o seguimento de pacientes crônicos e a sua vinculação ao serviço, colaborou, também, para a integração do trabalho da própria equipe de saúde e para ampliar a experiência dos internos nos ambulatórios. Por outro lado, o processo de rompimento da rigidez dos programas foi acompanhado, em grande medida, por uma relativa perda da capacidade de planejar e avaliar as ações implementadas, o que foi mais evidente na atuação junto aos portadores de doenças crônicas não infecciosas, já que os subprogramas tradicionais continuavam a ser marcadamente controlados e verticalizados.

No modelo de atenção implementado pela área no ambulatório do CSE, outro aspecto que merece ser destacado refere-se à utilização da consulta de enfermagem como um dos instrumentos estratégicos para enfrentar a crescente demanda assistencial da população adulta. Diferentemente da atividade pouco sistemática que caracterizou o trabalho da enfermagem na fase anterior, neste segundo momento seu papel foi objeto de reformulação, tendo em vista, principalmente, a necessidade de se diminuir a repressão à demanda, numa situação em que as consultas médicas, realizadas pelos internos do sexto ano médico e pelos residentes de Medicina Preventiva e Social, não conseguiam expandir-se na mesma proporção que a demanda assistencial.

Neste contexto, o trabalho do pessoal de enfermagem - enfermeiras e auxiliares de saúde, com treinamento no próprio serviço e com supervisão médica caso a caso - passou a ser realizado, rotineiramente, no acompanhamento de pacientes crônicos e na atenção a algumas intercorrências clínicas de menor complexidade apresentadas pela clientela já seguida pelo serviço, assumindo um papel cada vez mais expressivo, inclusive do ponto de vista quantitativo, na organização do trabalho da área. Na opinião de alguns docentes, a experiência de consultas conjuntas, enfermagem-médico, no atendimento à demanda de adultos, além de se constituir num meio eficaz de reciclagem do pessoal auxiliar, permitiu um contato mais estreito com os pacientes crônicos, superando as dificuldades ligadas à alta rotatividade de internos e residentes. (MADUREIRA & CAPITANI, 1990).

A introdução da consulta de enfermagem como uma das formas de prestação sistemática de atendimento na área de adultos reproduziu, assim, o que já era parte da rotina

pessoal auxiliar nos programas de Puericultura e Pré-natal, vinha-se expandindo sua presença no atendimento de doentes com problemas clínicos de baixa complexidade.

A implementação de uma atuação assistencial mais integrada representou um dos aspectos introduzidos pelas equipes das áreas no processo de produção das ações de saúde e, através dele, é possível apreender o grau de influência e, mesmo, de autonomia dos profissionais, na organização do próprio trabalho. Manteve-se, neste ponto, a diretriz presente no primeiro momento, de estímulo à participação dos membros da equipe no processo gerencial, através de reuniões de área e, mensalmente, de assembléias com todos os funcionários da unidade, para discussões a respeito da organização do serviço. Buscava-se, sobretudo, formas de responder, de maneira mais efetiva, à demanda assistencial crescente que pressionava, não somente os ambulatórios do CSE mas, também, o Pronto Socorro, gerando problemas políticos na relação com a Prefeitura do município.

As mudanças introduzidas no processo de trabalho do Centro de Saúde-Escola, incluindo a ampliação do horário de atendimento, não ocorreram sem conflito interno, fazendo com que as áreas, sobretudo aquelas que tinham uma forma de trabalho mais estruturada, como era o caso da saúde da criança, tivessem de redefinir seus programas e seu modelo de atendimento¹⁷¹, envolvendo-se mais intensamente com a prestação de assistência. Tornou-se, também, necessária a contratação de médicos não docentes, que se integraram ao trabalho docente-assistencial que era desenvolvido.

Na perspectiva de aumento da capacidade resolutiva do serviço, o CSE deu início, também, à incorporação de algumas especialidades, como Psiquiatria e Oftalmologia, identificadas pela equipe como estratégicas, por concentrarem grande parte dos encaminhamentos para o nível secundário. A área de saúde mental, que começou a constituir-se a partir de então, além do atendimento de pacientes próprios, caracterizou sua atuação pelo trabalho conjunto com as outras áreas, tanto no que se refere aos atendimentos individuais - inclusive na supervisão de casos atendidos pelos alunos e residentes -, como nas atividades em grupo¹⁷². Seguindo-se a essas, outras especialidades foram incorporadas à

¹⁷¹Entrevista de Gastão W. S. Campos.

¹⁷²Profissionais da área de saúde mental participavam dos grupos de pré-natal, de planejamento familiar e de pacientes hipertensos.

assistência, como Otorrinolaringologia e Fisioterapia, cuja atuação também foi marcada pela tentativa de trabalhar de forma integrada com as áreas mais gerais de atenção à saúde.

No modelo assistencial implementado neste segundo momento, as atividades de educação em saúde ocuparam um lugar secundário, por referência à centralidade assumida pelas ações de assistência médica. A ênfase que lhe foi atribuída no momento anterior, pelo menos em termos da preocupação com a troca de saberes com a população em todas as atividades, intra e extramurais, foi substituída por tentativas mais pontuais de interação com os usuários, na maior parte das vezes através de contatos com grupos específicos (gestantes, hipertensos, etc.), realizados no interior do Centro de Saúde.

Com relação às ações de Saúde Coletiva, o que foi implementado ficou restrito às atividades básicas de imunização e de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, pertencentes à esfera de atuação das unidades de saúde da SES/SP, não tendo prosperado algumas iniciativas que se esboçaram, relacionadas ao controle sanitário do ambiente de trabalho nas empresas onde se desenvolvia o programa de saúde ocupacional.

O modelo assistencial que se configurou neste momento da implementação do projeto de Paulínia foi marcado, assim, pela preocupação em assumir a demanda por cuidados médicos e em organizar a prestação de serviços de forma a responder mais efetivamente a ela, capacitando a equipe, abrindo espaços para que participasse técnica e gerencialmente do planejamento das ações em sua área de atuação, incorporando novos profissionais e tecnologias e reorganizando o conjunto do processo de trabalho da unidade de saúde. Esta atuação, que teve seu *locus* principal de implementação no CSE, não se restringiu, porém, a ele, buscando-se sua reprodução nas outras unidades de saúde da rede e articulando-a numa proposta sistêmica, que envolvia os outros níveis de atenção à saúde.

O modelo assistencial que o município imprimiu nos Postos de Saúde implantados nos bairros, nesta época, do tipo pronto atendimento pouco resolutivo, com escassez de recursos humanos e materiais e, operacionalmente, com várias limitações relacionadas à coleta de exames, à disponibilidade de medicamentos e às interconsultas e exames complementares, entrou, progressivamente, em conflito com a experiência de serviço básico de saúde que os profissionais e a população tinham a partir do CSE. Neste

contexto, o que foi realizado pela coordenação do CSE apontou no sentido da reversão das disparidades na qualidade da atenção oferecida, buscando a configuração de uma rede hierarquizada e regionalizada¹⁷³, onde as unidades constituíssem a porta de entrada do sistema em sua área de abrangência e dispusessem de condições adequadas para o desenvolvimento das ações e programas de saúde com boa capacidade resolutiva.

A implementação deste modelo foi conseguida, de forma parcial, a partir de 1985, quando a direção do CSE assumiu a coordenação de toda a rede básica, abrindo a possibilidade de uma atuação mais direta da universidade nos Postos de Saúde¹⁷⁴. Isto fez com que eles adquirissem, gradualmente, uma maior autonomia, no que se refere ao desenvolvimento das ações integrais de atenção à criança, à mulher e ao adulto, ampliando sua equipe nas três áreas e sua cobertura assistencial, ainda que não tenham chegado a assumir atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária ou a realização de programas externos.

Ao lado da ênfase na qualificação da rede básica, a implementação do modelo assistencial comportou, neste período, uma luta particularmente importante, empreendida pela direção do CSE e por docentes que nele trabalhavam: referiu-se à ativação do Hospital Municipal, envolvendo um intenso processo de discussões, elaboração de propostas e negociações interinstitucionais, no sentido de garantir o seu caráter público e sua integração ao sistema de saúde que vinha sendo construído no município, opondo-se às pressões do setor médico privado que mantinha alianças políticas com o poder público local.

A posição assumida pela Prefeitura de Paulínia, após a troca de prefeitos ocorrida no final de 1983, foi de manutenção da natureza autárquica do Hospital Municipal (PAULÍNIA, 1983) e, também, de apoio à proposta de entregar sua gestão para a iniciativa privada¹⁷⁵, o que atendia ao interesse do prefeito José Pavan em não ter gastos com a

¹⁷³Entrevista de Gastão W. S. Campos.

¹⁷⁴Neste período, coube aos residentes de segundo ano do departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP o papel de coordenadores dos Postos de Saúde, sob supervisão do diretor do CSEP.

¹⁷⁵Entrevistas de Eduardo M. Gariba e de José P. M. Bonilha Jr.

implantação e o funcionamento do Hospital, ao mesmo tempo em que evitava o desgaste político de manter fechado um serviço de saúde já pronto¹⁷⁶.

Os contratos que vinham sendo assinados pelo prefeito anterior foram interrompidos¹⁷⁷, passando a privilegiar-se um novo grupo, formado por empresários e alguns médicos ligados ao Centro de Oncologia de Campinas, que tinha interesse em assumir o Hospital para o atendimento de pacientes particulares e, através de "convênio" com a Prefeitura, também prestaria assistência a pacientes do município¹⁷⁸.

A reação à tentativa de privatização do serviço hospitalar partiu, principalmente, dos profissionais da universidade que compunham a equipe do Centro de Saúde-Escola, tendo encontrado respaldo em alguns médicos e dirigentes locais da saúde que se opunham à cessão do Hospital para grupos privados externos ao município e, mesmo, em parcela da Câmara Municipal, onde também não havia unanimidade em torno da proposta do Executivo. Apesar da tentativa de envolver a população nas pressões exercidas sobre o prefeito¹⁷⁹, o movimento político assumido pelas lideranças setoriais, com o objetivo de abrir o Hospital e reverter a tendência privatizante, centrou sua atuação sobretudo na esfera institucional, trazendo novamente para as discussões a Secretaria Estadual da Saúde, através dos diretores do Departamento Regional e do Distrito Sanitário de Campinas.

A SES/SP, que se vinha mantendo relativamente à margem do processo de gestão da rede básica de saúde de Paulínia, a despeito de participar do seu financiamento através do convênio do CSE, à época dessas discussões começava a readquirir maior peso na política setorial, no contexto da descentralização das ações de saúde. A presença deste novo interlocutor foi fundamental para ampliar as alternativas apresentadas à Prefeitura, inicialmente sob a forma de um convênio do município com a Secretaria¹⁸⁰ e, logo a seguir,

¹⁷⁶A transferência do Pronto Socorro Municipal para as dependências do Hospital de Paulínia ocorreu em junho de 1983, mas a área de internação, pronta e parcialmente equipada, permaneceu fechada.

¹⁷⁷Entrevista de Benedito D. de Carvalho, à época diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia.

¹⁷⁸Entrevista de Eduardo M. Gamba

¹⁷⁹Idem.

¹⁸⁰Foi firmado um Protocolo de Intenções, entre o secretário estadual da saúde João Yunes e o prefeito José Pavan, para apresentação, num prazo de sessenta dias, a partir de 01/01/85, de projeto conjunto definindo mecanismos de gerenciamento, financiamento e funcionamento do Hospital Municipal de Paulínia. Entre os princípios constantes deste protocolo, além da inserção do HMP na rede pública de prestação de serviços de saúde, obedecendo os critérios de hierarquização, regionalização e integração com os demais níveis de atendimento, também era afirmada sua situação de hospital regional, com uma área de cobertura que iria além dos limites do município de Paulínia.

a proposição de se incluir a Universidade Estadual de Campinas, através da extensão do convênio MEC/MPAS do Hospital Universitário para o Hospital Municipal de Paulínia.

O convênio UNICAMP/HC/FCM/INAMPS já incluía, desde 1984, o Centro de Saúde de Paulínia, como resultado de negociações empreendidas pela direção deste serviço, face à progressiva diminuição do valor real dos repasses da SES/SP para os Centros de Saúde-Escola. No contexto da busca de novas fontes de financiamento para o Hospital de Paulínia, a proposta de inseri-lo no convênio universitário passou a significar a possibilidade de um maior aporte de recursos financeiros externos, além do apoio técnico dos departamentos clínicos e cirúrgicos da FCM/UNICAMP.

O surgimento de uma saída, na esfera pública, para o financiamento do Hospital, ao mesmo tempo que as pressões contrárias à sua privatização, não apenas políticas, mas, também, de natureza jurídica, relacionada à falta de licitação para escolha do grupo privado que iria gerir o Hospital¹⁸¹, levaram a um recuo da Prefeitura, que passou a trabalhar, juntamente com a SES/SP e a universidade, na elaboração da proposta de um novo convênio interinstitucional¹⁸².

A conjuntura política da campanha eleitoral de 1985, quando ocorreram as primeiras eleições diretas para prefeito do município, também colaborou para aumentar as pressões para a abertura do Hospital, provenientes, inclusive, do governo do Estado, que havia indicado o prefeito José Pavan e que, naquele momento, cobrava ações que favorecessem o candidato do PMDB às eleições municipais¹⁸³. Isto fez com que a Prefeitura acelerasse os procedimentos para a ativação do Hospital¹⁸⁴ e o inaugurasse em

¹⁸¹Entrevista de José P. M. Bonilha Jr.

¹⁸²Em maio de 1985 foi extinta a autarquia, com o Hospital tornando-se órgão da administração direta, vinculado à Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura Municipal, cujo titular, Eduardo M. Gamba, também docente do departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP, acumulou a direção do Hospital. (PMP,1985).

¹⁸³Entrevistas de Benedito D. de Carvalho, primeiro prefeito eleito do município, e de Eduardo M. Gamba.

¹⁸⁴Ainda durante o período eleitoral, a Prefeitura do município realizou, pela primeira vez, concurso para contratação de pessoal. O prefeito eleito, contudo, numa política de corte de despesas, demitiu, logo após sua posse, grande parte dos funcionários contratados para o Hospital. (Entrevistas de Eduardo M. Gamba, de Benedito D. de Carvalho e de Gastão W. S. Campos).

outubro de 1985, antes mesmo da extensão do convênio universitário, que viria a ocorrer somente no ano seguinte¹⁸⁵.

O processo de negociação, envolvendo a presença da universidade na gestão do Hospital Municipal de Paulínia, diante das dificuldades anteriores nas suas relações com a Prefeitura, encontrou algumas resistências, à medida que sua participação no convênio era vista, pelo poder local, como um reforço à opção de manter o setor público no gerenciamento do Hospital. Ao mesmo tempo, representava, para a Prefeitura, o risco de perda da hegemonia que ela vinha tentando garantir na área da saúde e, particularmente, na esfera hospitalar, ameaçada frente à proposição de que os diretores técnico-administrativo e clínico do Hospital fossem docentes da FCM/UNICAMP. Somava-se a isto, a posição da universidade, com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde, de atribuir ao Hospital de Paulínia um caráter regional, um dos pontos de divergência que geraria crescentes conflitos com o poder público local¹⁸⁶.

Contudo, a possibilidade do aporte de novos recursos, vinculada à maior remuneração dos procedimentos hospitalares, contida na proposta de extensão do convênio universitário, e a resistência apresentada por alguns componentes do próprio poder municipal, como o diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura, à política de privatização dos serviços de saúde, constituíram elementos que favoreceram a aceitação, pelo prefeito José Pavan, do convênio do Hospital de Paulínia com a Previdência Social, através da universidade.

Outro campo onde, neste segundo momento do projeto de Paulínia, também se fez necessário empreender negociações, foi aquele representado pela escola médica, em que os docentes e a coordenação do CSE desencadearam inúmeras discussões - envolvendo a direção da FCM/UNICAMP, a Comissão de Ensino de Graduação e os diversos departamentos, particularmente os de Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia e Cirurgia -, buscando a sua adesão à expansão do projeto docente-assistencial para o espaço do hospital secundário¹⁸⁷. Neste processo, vários docentes daqueles departamentos

¹⁸⁵O termo aditivo ao convênio UNICAMP/HC/FCM/INAMPS, incluindo o Hospital Municipal de Paulínia, foi assinado em 01/08/1986.

¹⁸⁶Entrevistas de Eduardo M. Gamba e de Benedito D. de Carvalho.

¹⁸⁷Entrevista de Gastão W. S. Campos.

aproximaram-se do projeto, passando a desenvolver atividades docente-assistenciais e, em alguns casos, também gerenciais, no Hospital de Paulínia¹⁸⁸.

Desta participação interinstitucional resultou a implantação, em Paulínia, de um Hospital de nível secundário, com cobertura regional, que, funcionando como referência para a rede básica de serviços de saúde do município e vinculado ao Hospital das Clínicas da UNICAMP, levou à configuração de um sistema público, hierarquizado e regionalizado de saúde.

No convênio entre a SES/SP, a UNICAMP e a PMP, referente ao funcionamento do Hospital de Paulínia, um aspecto relacionado à gestão dos serviços que deve ser particularmente destacado diz respeito ao papel do seu Conselho Diretor. Composto por três membros de cada instituição participante, incluindo um representante da comunidade, àquele Conselho foi atribuída a coordenação do "*módulo básico de saúde do município*" (SES/UNICAMP/PMP,1985), constituído pelo Hospital Municipal, as quatro unidades sanitárias e o Centro Especial de Treinamento Municipal (CETREIM)¹⁸⁹. Esta função de coordenação do conjunto da rede de serviços fez com que o Conselho Diretor do Hospital assumisse, ainda que de forma incipiente, um papel desempenhado, nos demais municípios, pelas Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), passando a representar o principal espaço de formulação e avaliação da política setorial referente ao sistema de saúde de Paulínia.

A despeito da criação de um novo colegiado gestor interinstitucional, a incorporação da população na gestão do sistema foi realizada apenas de maneira formal, traduzindo-se na introdução de um representante da comunidade, indicado pelo prefeito, para compor o Conselho Diretor do Hospital. Não foram criados quaisquer mecanismos, sejam eles formais ou informais, nas unidades do sistema, que permitissem a participação dos usuários na definição de prioridades e no controle dos serviços de saúde.

¹⁸⁸Os diretores do HMP, na fase de sua implantação, foram docentes da FCM/UNICAMP, pertencentes aos departamentos de Clínica Médica e de Cirurgia.

¹⁸⁹O CETREIM constituía um serviço municipal de referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes, principalmente crianças e adolescentes, portadores de problemas psico-sociais, neurológicos ou deficiência física ou mental.

No que se refere ao financiamento dos serviços, neste segundo momento de implementação do projeto de Paulínia, ainda que se tenham ampliado as fontes de recursos, através da extensão do convênio UNICAMP/HC/FCM/INAMPS para o Centro de Saúde-Escola, o sistema de saúde continuou tendo, no orçamento municipal, seu principal financiador, principalmente em razão dos investimentos realizados pela Prefeitura no Hospital e na implantação dos Postos de Saúde.

Deve-se observar que o convênio SES/UNICAMP/PMP, referente ao HMP e assinado em dezembro de 1985, tornou a Secretaria Estadual da Saúde participante direta do financiamento do Hospital, através de recursos orçamentários destinados, prioritariamente, para o pagamento de pessoal, e vinculando esta participação à exigência de que o Hospital de Paulínia se constituísse num serviço de cobertura regional.

Nos anos de 1984 e 1985, quando já se dispunha de repasses de recursos do INAMPS para a rede básica, a participação do município nos gastos com assistência médico-sanitária manteve-se acima de 70%, enquanto os recursos oriundos da SES/SP ficaram em torno de 19,5% e os repasses do convênio universitário não chegaram a cobrir 5% das despesas anuais (**tabela II**). Esta distribuição do financiamento dos serviços, com o município assumindo a maior parte dos gastos com saúde, foi um dos fatores que reforçaram as reivindicações dos políticos locais por maior parcela de poder na área da saúde, acirrando as disputas pelo gerenciamento do projeto, que se polarizariam entre a Prefeitura e a universidade.

Um dos aspectos envolvidos neste conflito, a resistência da Prefeitura a que o Hospital fosse regional, tinha como origem, da mesma forma, a questão financeira, à medida que o atendimento de pacientes de outros municípios¹⁹⁰ gerava um acréscimo da demanda regional que já existia, também, nas unidades da rede básica, cuja sustentação financeira era, basicamente, realizada pela Prefeitura.

¹⁹⁰De 1970 a 1980, enquanto a taxa de crescimento anual da população, na região de Campinas, foi de 4,4% e, em Paulínia, de 6,8%, o município de Sumaré, por exemplo, apresentou taxa de 16,1%. Aumentos populacionais desta ordem, não acompanhados de investimentos proporcionais em serviços públicos de saúde, geraram, ao longo dos anos 80, uma crescente demanda regional para o conjunto da rede pública de saúde de Paulínia. (UNICAMP/CSEP, 1985).

O quadro de tensões político-institucionais que se foi esboçando neste período, dependente de divergências quanto ao caráter público ou privado do Hospital, foi acrescido, assim, progressivamente, das tensões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde do município, o que levaria, nos anos seguintes, à configuração de várias situações de crise na gestão do projeto.

A implementação do ensino médico

A partir de 1979, as atividades de ensino médico em Paulínia, que vinham sendo desenvolvidas, no período anterior, com um contingente muito pequeno de alunos e em caráter esporádico, sofreram mudanças, decorrentes da intensificação das práticas assistenciais no interior do projeto e do surgimento do hospital de nível secundário, como espaço possível de inserção do ensino.

As atividades docentes, em especial na esfera do Internato, foram ampliadas e adquiriram maior regularidade, não somente em razão da disciplina de Medicina Comunitária ter se tornado estágio curricular obrigatório, a partir de 1978, mas, principalmente, pela dinamização das ações médico-sanitárias realizadas pelo Centro de Saúde-Escola, permitindo que houvesse maior volume e diversificação de práticas assistenciais em que os alunos pudessem inserir-se.

Apoiando-se nas atividades realizadas pelas áreas de atenção à criança, à mulher e ao adulto, a experiência do Internato em Medicina Comunitária centrou-se, principalmente, nas práticas clínicas desenvolvidas nos ambulatórios do CSE, onde os alunos do quinto ano, até 1981, e do sexto ano médico, a partir de 1982¹⁹¹, realizavam consultas médicas, sob supervisão docente¹⁹².

Ainda que os ambulatórios do CSE se tenham constituído na principal área de atuação do interno, com a implantação dos programas extramurais os alunos passaram,

¹⁹¹Esta mudança de período letivo onde se inseria o estágio de Paulínia ocorreu em razão da implantação, em 1982, do Internato de dois anos na FCM/UNICAMP.

¹⁹²Participavam da supervisão dos internos, nas três áreas assistenciais do CSE, também os profissionais médicos, não docentes, vinculados às outras duas instituições participantes do projeto.

também, a acompanhar as equipes que desenvolviam atividades nas fazendas e indústrias, além de participarem, esporadicamente, de visitas domiciliares e do trabalho junto às creches, pré-escolas e escolas. Apesar desta ampliação dos espaços de ensino, as ações atribuídas aos internos, nos diversos programas, restringiam-se, na maioria das vezes, a atendimentos de casos clínicos, quase sempre desvinculadas de outras práticas, sejam elas educativas, de Vigilância Epidemiológica ou de planejamento e avaliação das ações de saúde implementadas pelas áreas.

Inegavelmente, a atividade clínica despertava o interesse particular dos alunos, não somente em razão de determinantes mais amplos, ligados ao mercado de trabalho médico - onde a prática clínica mostrava-se mais atraente que aquela da Saúde Pública -, mas, também, pela carência de experiências curriculares, ao longo de toda a graduação, em que os estudantes desenvolvessem atividades ambulatoriais de caráter geral, fazendo do estágio do CSE uma das raras oportunidades para este treinamento.

As questões mais gerais relacionadas à atuação em Saúde Pública e aos programas desenvolvidos eram, por sua vez, objeto de discussão em seminários¹⁹³, que procuravam, de alguma forma, suprir a carência de práticas de Saúde Coletiva no interior da experiência marcadamente clínica da disciplina de Medicina Comunitária.

As atividades relacionadas ao ensino médico comportavam, ainda, o estágio de Puericultura dos estudantes do quarto ano, ligado ao departamento de Pediatria e realizado no ambulatório de atenção à criança do CSE, além de algumas atividades docentes desenvolvidas, de forma não regular, pelo departamento de Medicina Preventiva e Social, junto aos alunos dos primeiros anos do curso médico (disciplinas Atenção à Saúde no Brasil e Ciências Sociais aplicadas à Medicina)¹⁹⁴.

¹⁹³ Alguns dos temas discutidos: Política Nacional de Saúde, Organização dos serviços de saúde, Atenção primária, Programas de atenção à mulher e à criança, Epidemiologia e profilaxia de doenças infecciosas mais prevalentes (Hanseníase, Tuberculose, Esquistossomose, Raiva, Tétano).

¹⁹⁴ A rede básica de saúde de Paulínia foi utilizada, ainda, para a realização de estágios de graduação do curso de Enfermagem da FCM/UNICAMP, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba e do Colégio Técnico da UNICAMP. Constituiu-se, também, em local de treinamento regular dos programas de Residência Médica, nas áreas de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, além de receber, em estágios opcionais, residentes de Moléstias Infecciosas e de Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

Considerando-se o campo de estágio representado pelo Centro de Saúde-Escola, há que se destacar que os departamentos de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social assumiram, de forma mais direta e ininterrupta, o trabalho docente-assistencial na unidade de saúde, constituindo-se no principal elo de ligação da escola médica com o projeto de Paulínia. Particularmente, no caso do DMPS, sua responsabilidade pela disciplina do Internato trouxe a necessidade de que este departamento realizasse várias contratações de docentes para trabalharem no CSE, principalmente a partir do início dos anos 80, quando ocorreu uma dinamização das atividades docente-assistenciais do projeto.

A implementação do ensino médico no interior do projeto de Paulínia, neste período, teve, como sua marca principal, o processo de discussão e de negociações, realizado dentro e fora da escola médica¹⁹⁵, que resultou na inserção do ensino de graduação da FCM/UNICAMP no espaço de desenvolvimento das práticas médico-hospitalares de nível secundário. A luta política, empreendida por docentes da Faculdade, em torno da defesa do caráter público do Hospital de Paulínia e de sua vinculação à rede básica de saúde do município, constituiu, ao mesmo tempo, a defesa de um modelo assistencial e de um modelo de ensino médico, que buscava aproximar a formação profissional dos problemas de saúde mais prevalentes e das práticas sanitárias a eles dirigidas.

Das negociações internas à escola médica participaram, não apenas os docentes que trabalhavam em Paulínia, mas também outros docentes aliados do projeto, algumas lideranças dos estudantes e, particularmente, a Comissão de Ensino de Graduação da FCM¹⁹⁶, cuja atuação foi decisiva para o convencimento e o envolvimento dos departamentos no processo de inserção do ensino médico no hospital geral.

A política da Comissão de Ensino, relativamente ao Hospital de Paulínia, era de defesa da sua incorporação ao rol de serviços onde a escola médica desenvolvia atividades docente-assistenciais, o que gerou um intenso trabalho de articulação política, envolvendo

¹⁹⁵No âmbito das negociações interinstitucionais, cabe destacar que a Prefeitura de Paulínia colocou resistência à idéia do Hospital transformar-se em serviço docente-assistencial, superada, contudo, em razão das vantagens oferecidas ao município pelo convênio universitário. (Entrevista de Gastão W. S. Campos).

¹⁹⁶Coordenava a Comissão de Ensino de Graduação da FCM/UNICAMP, à época das negociações relativas ao Hospital de Paulínia, a profa. Elza Cotrim Soares, que havia desenvolvido atividades docente-assistenciais no CSEP, de 1979 a 1981.

os departamentos e a direção da Faculdade, com vistas a aglutiná-los em torno da proposta de que a escola médica participasse da implantação do HMP, fazendo deste serviço de nível secundário, um espaço de treinamento privilegiado para os alunos do Internato. As dificuldades encontradas residiam, não apenas no deslocamento de pessoal docente para novo campo de estágio e na operacionalização das atividades de assistência e de ensino nas diversas áreas clínicas e cirúrgicas, mas, ainda, na necessidade de que os departamentos envolvidos cedessem parte de sua carga horária para a criação de uma nova disciplina.

Como resultado do conjunto das negociações intra e interinstitucionais, o início do funcionamento do Hospital de Paulínia, no segundo semestre de 1985, ocorreu já com a presença de um grupo de internos do sexto ano médico, que assumiram atividades assistenciais nas enfermarias de Clínica Médica e de Pediatria, sob a forma de estágio voluntário, extracurricular, com supervisão dos docentes da Faculdade. A disciplina regular foi implantada no ano letivo seguinte, com a denominação de Estágio Multidisciplinar do Hospital Municipal de Paulínia, cuja programação envolvia atividades práticas e seminários nas áreas de Cirurgia, Pediatria, Clínica Médica, Tocoginecologia e Pronto Socorro.

A inserção do estágio do HMP, no mesmo ano letivo (sexto ano) e no mesmo rodízio de disciplinas do Internato onde figurava o estágio do Centro de Saúde-Escola, trouxe, por sua vez, novos condicionantes para a experiência de ensino médico no interior do projeto de Paulínia. De um lado, a implantação do estágio de Internato nas enfermarias e no P.S., ao demandar a participação dos internos do CSE nas atividades de plantão do Hospital, tendeu a reforçar o perfil predominantemente clínico, que já vinha caracterizando as práticas de ensino no interior da disciplina de Medicina Comunitária.

De outro lado, porém, permitiu que, durante um mesmo período, ainda que curto¹⁹⁷, os internos participassem de atividades no CSE e no Hospital local, fazendo com que a sua experiência na rede de saúde do município ocorresse de forma mais articulada, sobretudo no que se refere à compreensão do papel dos diferentes níveis de atenção à saúde dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado. Desta forma, questões relacionadas ao seguimento dos pacientes e à capacidade resolutiva dos serviços, à retaguarda diagnóstica e

¹⁹⁷Os estágios de Medicina Comunitária e do HMP eram realizados no sexto ano médico e tinham, cada um, aproximadamente um mês de duração.

terapêutica, aos mecanismos de referência e contra-referência e ao papel do Hospital Universitário passaram a ser experimentadas no dia a dia das práticas assistenciais dos internos na rede de saúde do município.

O ensino médico implementado pelo projeto de Paulínia, neste período, centrou-se, assim, em grande medida, na experiência do Internato, que passou das atividades desenvolvidas em uma unidade básica, para uma experiência ampliada, envolvendo a rede local de saúde. Merece referência, neste ponto, a não inclusão dos Postos de Saúde dos bairros no rol de serviços onde se desenvolviam atividades de ensino, o que pode ser atribuído às características de sua implantação, vinculada institucionalmente à Prefeitura do município, com uma estrutura física e funcional não adaptada às necessidades docente-assistenciais.

Relativamente aos períodos anteriores, o ensino médico realizado no Centro de Saúde-Escola, ao lado da sua formalização enquanto uma disciplina acadêmica, foi assumindo, cada vez com maior ênfase, a característica de treinamento clínico ambulatorial nas áreas básicas de atenção à saúde, ao qual se associavam as discussões relacionadas à organização dos serviços. Esta tendência intensificou-se no segundo momento deste período e viria a adquirir maior força, como foi visto, com a inserção do Internato no Hospital secundário, quando se incorpora, ao mesmo tempo, a experiência de trabalho em uma rede hierarquizada de serviços de saúde.

5.2.3. As relações entre formulação e implementação do projeto de Paulínia no terceiro período

No período 1979-1985, a análise do que se formulou e do que, efetivamente, foi implementado, no projeto de Paulínia, deixa evidente uma certa aproximação entre estes dois processos, mais expressiva quando se compara com as dissonâncias verificadas no primeiro período (1970-1974).

No que se refere ao modelo assistencial, a tendência à diminuição das "distâncias" entre formulação e implementação pode ser atribuída, em grande medida, à

convergência que passou a ocorrer, entre as propostas elaboradas para Paulínia e aquelas que se tornaram objeto de debate e recomendação, na esfera mais geral da política de saúde, como a incorporação mais intensa da assistência médica nas unidades sanitárias, a descentralização das ações de saúde e o reordenamento da assistência com base na integração, hierarquização e regionalização dos serviços.

A aproximação do projeto de Paulínia com as diretrizes políticas setoriais, que se iniciou no final dos anos 70 e se intensificou ao longo da década de 80, decorreu, principalmente, da atuação da universidade, que funcionou como um canal, repercutindo, no interior do projeto, as propostas de reorganização do setor saúde. Neste período, há que se notar, também, a existência de uma maior coesão político-ideológica entre os formuladores e gestores do projeto - que pertenciam à universidade e, em particular, ao departamento de Medicina Preventiva e Social -, no que se refere aos rumos da política de saúde e da reorganização dos serviços. Esta coesão, fruto da sintonia dos atores político-institucionais com o movimento sanitário¹⁹⁸, não impediu, contudo, que ocorressem diferenças na condução do projeto no nível local.

Retomando-se as características do modelo assistencial formulado no primeiro momento (1979-1982), temos, relativamente à sua dimensão organizacional, o enunciado das seguintes diretrizes: extensão da cobertura e ampliação do acesso aos cuidados sanitários; integração das ações, serviços e instituições na área da saúde; hierarquização da prestação de serviços; incorporação crítica da tecnologia médica e maior participação da equipe de saúde e da população nos programas desenvolvidos.

Com referência à gestão do modelo assistencial, o que foi formulado não se afastou do que já se firmara no convênio interinstitucional, onde a base de financiamento do projeto era representada, principalmente, pelos recursos da Secretaria Estadual da Saúde, destinados ao Centro de Saúde-Escola, estabelecendo-se a co-gestão do projeto pelas três instituições participantes, que compunham seu colegiado gestor, ao mesmo tempo em que persistiu a ausência de propostas relativas à participação dos usuários na gestão dos serviços.

¹⁹⁸ A respeito do movimento sanitário, ver ESCOREL, 1987.

A análise do modelo assistencial implementado, neste primeiro momento, mostra que as ações e programas desenvolvidos estiveram em sintonia com o conjunto das diretrizes formuladas para o projeto, ainda que não se tenha conseguido realizá-las em sua totalidade. Dentre elas, a extensão da cobertura foi a que recebeu maior ênfase, expressa, sobretudo, na implantação dos programas extramurais, voltados aos trabalhadores das indústrias e das fazendas e à população infantil das creches, pré-escolas e escolas do município.

Com relação às iniciativas dirigidas à extensão da cobertura assistencial do projeto, pode-se afirmar que sua implementação contribuiu para dar maior legitimidade ao trabalho do Centro de Saúde-Escola, e, em consequência, aos serviços públicos de saúde, junto à população do município. Isto ocorreu, à medida que o CSE procurava responder ao aumento da demanda pelo consumo de bens e serviços de saúde, resultante do crescimento populacional, particularmente de caráter migratório, que acompanhou o intenso processo de urbanização e de industrialização experimentado pelo município de Paulínia, a partir do final dos anos 70¹⁹⁹.

Outras diretrizes orientadoras do modelo assistencial, como a integração, foram contempladas apenas em parte, já que se alcançou integrar algumas ações de assistência médica e de Saúde Coletiva no desenvolvimento dos programas, ao mesmo tempo que o trabalho integrado entre os serviços de saúde e as instituições extra-setoriais apenas se esboçou.

A plena realização do conjunto das diretrizes formuladas encontrou seus limites no fato de que elas representavam princípios gerais de reorientação do setor saúde, que ainda começavam, timidamente, a ser incorporados e operacionalizados pela política setorial, sem dispor, inclusive, de mecanismos institucionais e jurídicos para sua implementação. A estes limites, de caráter mais amplo e estrutural, somavam-se as tensões políticas geradas no nível local, resultantes da existência de diferentes concepções, inclusive sobre o caráter público ou privado da prestação de serviços de saúde, entre o grupo da universidade e os gestores municipais.

¹⁹⁹Em 1980, a taxa de urbanização do município de Paulínia era de 91,96%. O setor industrial contava com 22% de empresas de grande porte, ligadas aos ramos químico e petroquímico, que empregavam 75% da mão de obra do setor.

Relativamente à dimensão tecnológica do modelo assistencial, o conjunto das ações médico-sanitárias propostas foi objeto de implementação, sob a forma de programas e sub-programas, a partir das áreas de atenção ao adulto, à mulher e à criança, ao mesmo tempo que se reativaram as intervenções nas áreas de saneamento e de Vigilância Epidemiológica. A questão do desenvolvimento de tecnologias apropriadas à Atenção Primária à Saúde esteve presente nas iniciativas implementadas, principalmente enquanto tentativas de se estabelecer uma *utilização* mais apropriada da tecnologia médica disponível, como foi o caso da revisão dos critérios de consumo de exames complementares e de medicamentos, que foram objeto de normatização para algumas patologias de maior prevalência.

No processo de dinamização da atuação do CSE, envolvendo atividades internas e externas ao serviço, há que se salientar que as ações de educação em saúde, ainda que presentes entre as preocupações das equipes das áreas, não conseguiram assumir a importância que lhe fora atribuída na elaboração do projeto, o que também ocorreu com as ações de Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Quanto ao processo de trabalho do CSE, foram experimentadas novas possibilidades de atuação dos profissionais de enfermagem, tanto nos programas externos, como nos ambulatórios, incorporando-se o trabalho em equipe como uma forma de atuar, mais efetivamente, frente à demanda assistencial.

No segundo momento (1983-1985), a diretriz norteadora do modelo assistencial foi representada pela constituição de um sistema de saúde, público, regionalizado, hierarquizado e qualificado para resolver os problemas de saúde da maioria da população. O discurso que surgiu, neste momento, expressava a preocupação com a qualidade e a resolubilidade dos serviços, dentro de uma perspectiva de diferenciação do modelo assistencial, que permitisse responder a um quadro nosológico que se diversificava, em decorrência da intensa urbanização e industrialização do município.

A análise do modelo assistencial implementado mostra que houve uma aproximação com o que fôra formulado, constituindo-se, no município de Paulínia, uma rede de saúde que, tendencialmente, continha as características apontadas. Alguns aspectos,

entretanto, apenas se esboçaram, não tendo alcançado uma efetiva realização, como foi o caso da integração entre os serviços que compunham a rede básica, onde ocorreram dificuldades na relação do CSE com os Postos de Saúde, ligadas, principalmente, às diferentes concepções assistenciais dos gestores da universidade e do município. De qualquer modo, a incorporação do Hospital Municipal ao setor público, sua integração à rede básica de saúde e seu caráter regional constituíram elementos fundamentais, que foram gerados no processo de implementação do modelo assistencial do projeto de Paulínia, neste período.

Do ponto de vista do modelo tecnológico, realizou-se a incorporação de novos profissionais, áreas assistenciais (como a de Saúde Mental, por exemplo) e equipamentos, como forma de aumentar a capacidade resolutiva do sistema local de saúde. Esta diferenciação, que introduziu, no trabalho da equipe multiprofissional, a presença de algumas especialidades médicas, ocorreu, principalmente, no Centro de Saúde-Escola, fazendo com que este serviço adquirisse, progressivamente, o perfil de uma Policlínica, afastando-se da concepção de unidade básica apoiada em um modelo tecnológico simplificado e constituindo um serviço de referência para a rede de Postos de Saúde.

No que diz respeito à gestão dos serviços, as relações entre as instituições experimentaram duas tendências. Uma primeira, marcada pela tensão interinstitucional, em virtude das divergências entre os gestores do projeto, relativamente ao Hospital Municipal, ao modelo de prestação de assistência nos Postos, ao grau de participação do poder municipal na condução do projeto e ao financiamento dos serviços.

Outra tendência, que se delineou nas relações entre as instituições participantes do projeto de Paulínia, foi a de ampliação dos mecanismos colegiados, referentes à gestão e ao gerenciamento do sistema local de saúde, tanto no nível da rede básica, como do conjunto dos serviços vinculados ao setor saúde. Neste ponto, há que se salientar a falta de implementação de mecanismos que propiciassem a participação dos usuários na gestão dos serviços, afastando-se do que se formulara e do que estava expresso, inclusive, no convênio tripartite do Centro de Saúde-Escola.

O projeto de Paulínia reforçou, nesta etapa, sua característica marcadamente institucional, não conseguindo incluir, contudo, nas discussões e disputas políticas referentes às questões da saúde, os setores populares organizados, afastando-se, neste particular, das iniciativas que haviam sido esboçadas no período de implantação do projeto (1970-1974).

Na análise do período, deve-se ter presente o espaço ocupado pela Prefeitura de Paulínia, tanto na formulação, quanto na implementação do projeto na área assistencial, exercendo uma influência decisiva na configuração da rede de saúde do município. O novo papel assumido pelo poder municipal ocorreu num contexto da política nacional, em que se passou a atribuir, progressivamente, maior autonomia aos municípios, o que vinha ao encontro da reivindicação, já expressa pela Prefeitura de Paulínia, de maior influência no setor saúde. A sua crescente participação no financiamento do sistema, como foi visto, não foi acompanhada de um equivalente poder decisório no setor, com a universidade detendo o poder técnico, o gerenciamento do serviço e a condução das articulações político-institucionais, o que potencializou tensões e conflitos e acentuou a busca de autonomia por parte da Prefeitura.

A esta busca de autonomia, associava-se uma grande capacidade de investimentos financeiros, por parte do Executivo local, em razão da significativa arrecadação tributária do município - um pólo petroquímico, concentrador de grandes indústrias e com pequeno contingente populacional -, o que permitiu que a Prefeitura passasse, de uma posição reivindicadora apenas, para uma atuação mais direta, criando serviços de saúde próprios, vinculados aos interesses políticos locais.

O poder municipal constituiu-se, neste período, num dos agentes de formulação e implementação do modelo assistencial, tomando a iniciativa da implantação dos Postos de Saúde nos bairros e da construção do Hospital, iniciativas essas que geraram, por um lado, divergências com a equipe da universidade, em função das diferenças na concepção sobre a prestação de serviços, mas, por outro, abriram caminho para o processo de constituição do sistema local de saúde.

No que diz respeito ao ensino médico implementado pelo projeto de Paulínia, no período 1979-1985, é necessário que se avalie, separadamente, o que se realizou na rede básica e o processo ocorrido no Hospital.

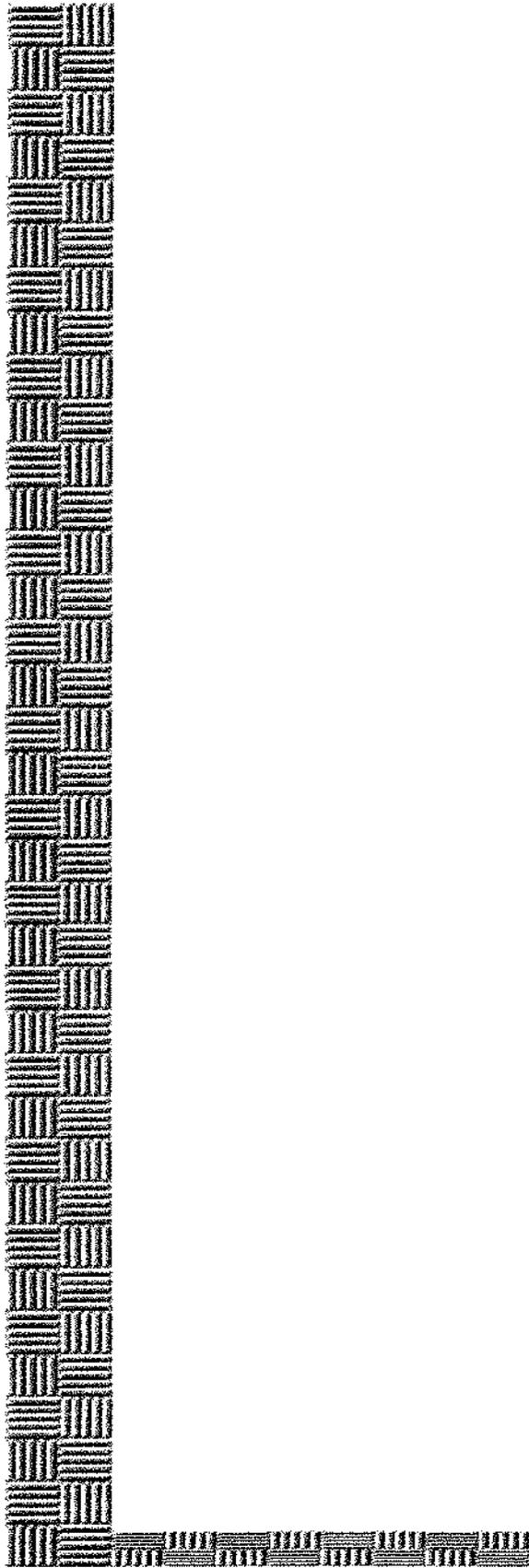
Em relação à rede, houve uma utilização mais sistemática do espaço assistencial do projeto para as práticas docentes, ainda que elas tenham se restringido ao Centro de Saúde-Escola e, em grande medida, à disciplina de Medicina Comunitária, pertencente ao Internato. Relativamente ao estágio realizado por esta disciplina, o que fora formulado priorizava a participação dos alunos no conjunto das atividades realizadas pelo serviço, sejam elas educativas ou curativas, intra ou extramurais, de modo que as práticas em serviço estivessem colocadas no centro da formação profissional.

Considerando o ensino que se implementou, fica evidente sua estreita ligação com o modelo assistencial que foi sendo construído, no decorrer deste período e, sob este ponto de vista, houve coerência com o objetivo de vincular a formação dos alunos às práticas em serviço. Apesar disso, a vinculação dos internos às atividades assistenciais nem sempre refletiu o conjunto de práticas realizadas pelo serviço, com os alunos participando, predominantemente, das ações curativas e intramurais, desenvolvidas pelas três áreas básicas.

Em todo este período, mas, sobretudo, no segundo momento (1983-1985), quando o modelo de ensino assumiu uma feição mais nítida de treinamento clínico ambulatorial, em detrimento das ações de Saúde Coletiva, a composição das práticas assistenciais onde se inseria o ensino médico mostrou-se empobrecida, em termos das possibilidades de intervenção dos serviços de saúde sobre o processo saúde-doença, afastando-se, por assim dizer, das discussões e das concepções que se formulara a respeito de uma experiência docente-assistencial mais abrangente.

No que se refere ao processo de inserção do ensino médico no Hospital Municipal, ele correspondeu, ainda que não integralmente, às discussões e elaborações que foram propostas a respeito do ensino médico no nível secundário de complexidade. O envolvimento dos departamentos da escola médica no processo de implementação, a criação de uma disciplina ligada ao estágio no Hospital secundário e a vinculação do Hospital de

Paulínia exclusivamente ao programa do Internato constituíram componentes centrais da proposta da Comissão de Ensino, que alcançaram se viabilizar na implementação do projeto.



6. CONCLUSÕES

A reconstituição e análise que se realizou a respeito do projeto de Paulínia permitiram apreender, ainda que não pretendendo fazê-lo de forma exaustiva, alguns dos aspectos que marcaram a trajetória desta experiência assistencial e de ensino médico, até chegar à constituição de um sistema municipal de saúde.

O ideário dos movimentos de reforma médica, particularmente os da Medicina Integral, Preventiva e Familiar, esteve na base da experiência de ensino médico extramural que precedeu o projeto de Paulínia, desenvolvida pelo departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, no bairro Jardim dos Oliveiras. Associando às intervenções do Serviço Social e das Ciências Sociais, práticas clínico-preventivas e educativas realizadas na "comunidade-laboratório", esta experiência inicial teve um caráter estritamente pedagógico, sem vínculos com a política de saúde. Ela se articulou, principalmente, à dinâmica dos movimentos reformadores da educação médica escolar e, nesta perspectiva, evidenciou a existência de uma coesão do DMPS/UNICAMP em torno das propostas do movimento da Medicina Preventiva, ainda que as práticas implementadas estivessem permeadas pela influência da Higiene e da Saúde Públicas tradicionais, presentes na formação de alguns membros da equipe.

As limitações colocadas pelo modelo preventivista, tanto no que se refere às mudanças na escola e no ensino médicos, como à questão assistencial e às relações com a população, conformaram um conjunto de inquietações no interior do DMPS que, aliadas à situação de crescente crise do setor saúde, contribuíram para a formulação de um novo projeto extramural da escola médica. Além disso, a preocupação com a busca de novos modelos de intervenção já estava presente, também, nas discussões que, desde o final dos anos 60, vinham sendo realizadas no âmbito dos departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social do Estado de São Paulo.

O projeto de Paulínia, surgindo num contexto em que se expandia outro movimento de reforma, a Medicina Comunitária, representou um projeto inovador, que procurou reelaborar concepções e modelos relativos à atuação da escola médica na comunidade, tendo como referencial a reorganização da prestação de cuidados à saúde, em suas dimensões individual e coletiva, e o estabelecimento de uma nova relação serviço-população. Nesta perspectiva, constituiu-se, desde o início, enquanto projeto institucional,

de cuja gestão político-administrativa e financeira participavam instituições públicas de ensino e serviço.

No primeiro período estudado (1970-1974), o projeto formulado pela instituição universitária, apesar das diferenças político-ideológicas entre as correntes que disputavam a hegemonia de sua condução, conteve propostas voltadas para o reordenamento dos serviços de saúde, envolvendo o fortalecimento do setor público, a configuração de um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado de serviços, a preocupação com a articulação das ações de assistência médica e de Saúde Coletiva e a participação dos usuários na gestão dos serviços.

O modelo assistencial elaborado colocava-se, assim, em oposição à política de saúde implementada nos anos 70, que privilegiou os produtores privados de serviços e insumos na área da saúde e foi marcada pela dinâmica da Medicina Previdenciária, com seu caráter excludente, supremacia das práticas curativas e individuais, gestão centralizada e ineficácia das ações setoriais. Com relação à política da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, que vinha atribuindo caráter docente-assistencial a algumas de suas unidades sanitárias, através de convênios com escolas médicas, a proposta formulada para o Centro de Saúde-Escola de Paulínia conteve, originalmente, a presença do município no convênio, antecipando a participação do nível local na gestão dos serviços de saúde.

Do ponto de vista do ensino, a proposta do projeto era de uma inserção mais orgânica deste com a rede de saúde, subordinando-o à dinâmica da prestação de serviços e tendo se constituído enquanto projeto institucional da FCM/UNICAMP, e não apenas de um departamento, articulado com outras instituições públicas. Neste sentido, mostrava-se destoante das diretrizes da Comissão de Ensino Médico do MEC que, em meados dos anos 70, incorporou a proposta de utilização de unidades básicas para o ensino numa perspectiva apenas racionalizadora, recomendando-a como mais uma saída para a situação de insuficiência de leitos didáticos, sem preocupar-se com a inserção mais efetiva do aluno na dinâmica de trabalho das unidades sanitárias.

No primeiro período, ocorreu uma implementação apenas parcial do que foi proposto para a assistência e o ensino em Paulínia. Na conjuntura adversa da política de

saúde, o modelo assistencial proposto foi implantado de maneira incipiente, não chegando a esboçar-se uma rede de serviços e com as dimensões organizacional e tecnológica do modelo assistencial configurando-se como um mosaico, em que se identificavam elementos da proposta médico-social, expressos nos trabalhos da área de educação em saúde e no programa de Puericultura, ao lado de elementos da proposta preventivista, como os *screenings* da população escolar e dos adultos, a educação sanitária prescritiva e a Clínica de Família.

A despeito do curto período de implementação, interrompido pela crise de 1974/75, deve-se assinalar que as diretrizes formuladas para o modelo assistencial - atendimento universal, integração, regionalização e hierarquização dos serviços, e incorporação mais intensa das ações de assistência médica nas unidades sanitárias -, anteciparam características fundamentais que viriam a ser propostas e, paulatinamente, incorporadas pela política de saúde, somente a partir dos anos 80, dirigidas ao fortalecimento do setor público de saúde.

Com relação ao ensino implementado no primeiro período do projeto de Paulínia, há que se assinalar que houve uma retração da proposta original, com reduzido contingente de alunos de graduação envolvidos no projeto, na maior parte das vezes através de estágios voluntários, sem aglutinar mais que dois departamentos da FCM, o que restringiu qualquer pretensão de desencadear transformações significativas na escola e no curso médicos.

A crise político-institucional sofrida pelo projeto de Paulínia, em 1974/75, cujos determinantes localizaram-se, conforme foi analisado, nas divergências entre as correntes do DMPS e nas disputas políticas dentro da instituição universitária, tendo como pano de fundo a conjuntura repressiva do país nos anos 70, provocou uma inflexão na trajetória do projeto, trazendo, no período 1975-1978, sua formulação e implementação para os limites das intervenções e programas médico-sanitários tradicionalmente desenvolvidos pela rede estadual de unidades básicas da Secretaria Estadual da Saúde. Com relação às atividades de ensino, acentuou-se o modelo predominantemente uni-departamental, com o DMPS/UNICAMP assumindo a responsabilidade pelo estágio de Internato no Centro de Saúde-Escola, que se institucionaliza como disciplina curricular obrigatória.

A partir de 1979, ocorreu uma revitalização do projeto, constituindo-se uma rede de serviços de saúde cujo modelo de prestação de assistência retomava, em muitos aspectos, os princípios presentes na elaboração inicial do projeto de Paulínia. Neste período, a formulação e a implementação aproximam-se e vinculam-se às diretrizes presentes nos planos governamentais para o setor saúde, entre as quais, a extensão da cobertura dos serviços, sua regionalização, hierarquização e integração interinstitucional, o que contribuiu para que se efetivasse um sistema municipal de saúde em Paulínia, com uma rede básica regionalizada, comportando atendimentos de nível secundário e articulada a um Hospital de cobertura regional.

Cabe destacar, neste período, o início de uma participação mais direta da Prefeitura Municipal na gestão do projeto, assumindo um ativo papel formulador e implementador, que se refletiu na expansão da rede básica e na criação do Hospital Municipal. A conquista, pela Prefeitura, de um maior poder decisório na condução do projeto não se fez sem tensões, tanto em relação ao modelo assistencial a ser implementado, quanto ao caráter, de gestão pública ou privada, do Hospital Municipal, mas, ao mesmo tempo, esteve em consonância com a crescente autonomia que os municípios foram adquirindo, no quadro da política mais geral do país nos anos 80 e, particularmente, na política setorial, de que foram um exemplo as Ações Integradas de Saúde.

Com relação ao ensino médico, a institucionalização da experiência docente-assistencial, sob a forma de duas disciplinas no Internato, acompanhou o processo ocorrido com a política governamental para o setor, onde as diretrizes foram, progressivamente, incorporando as propostas de inserção do ensino na rede de serviços. O modelo que se configurou assumiu, contudo, um caráter predominante de treinamento clínico, nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, com a ênfase dos estágios localizando-se na experiência concreta dos alunos em uma rede de serviços públicos, organizada pelos princípios da regionalização e da hierarquização e contendo uma preocupação particular com a questão da capacidade resolutiva das ações de saúde.

A articulação do Hospital Municipal de Paulínia à rede básica de saúde e sua transformação em área docente-assistencial fez com que Paulínia voltasse, em meados dos anos 80, a ser um projeto da FCM/UNICAMP, passando a aglutinar novos departamentos

com vistas à expansão da experiência de ensino-serviço para o nível secundário de atenção à saúde.

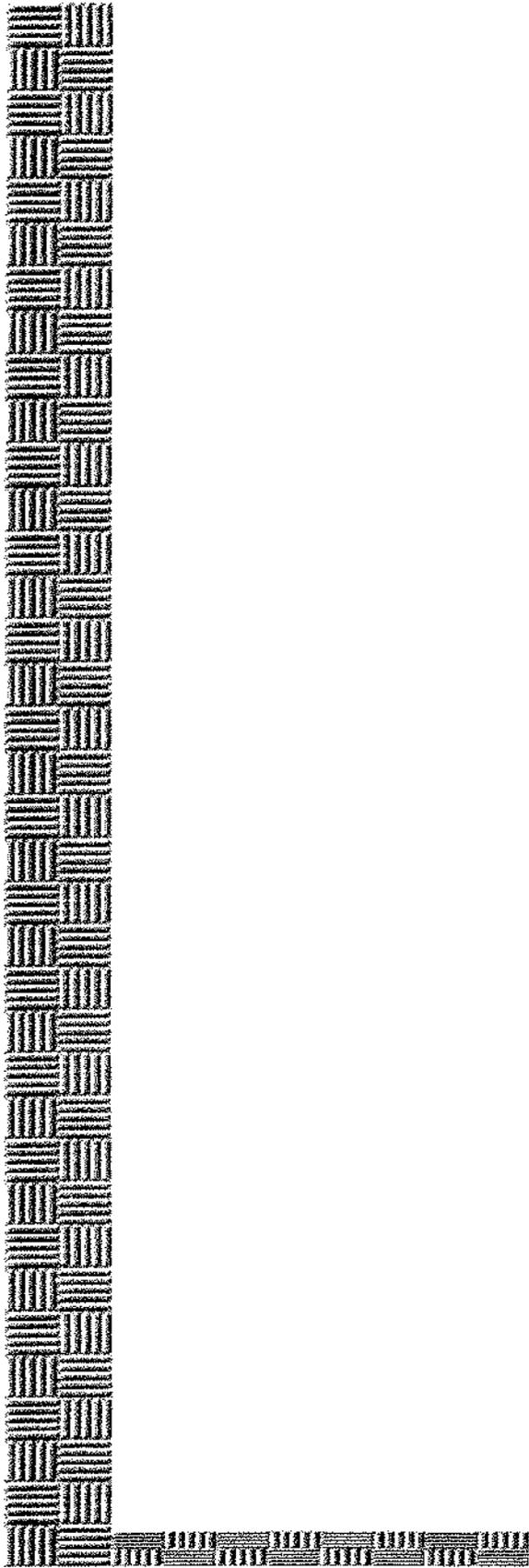
Considerando-se o conjunto da formulação e da implementação do projeto de Paulínia, pode-se afirmar que, a despeito de sua criação enquanto um Programa de Saúde da Comunidade e de ter se institucionalizado, na escola médica, através da disciplina de Medicina Comunitária, ele não se constituiu num projeto "típico" de Medicina de Comunidade, assim como, também se distingue, em vários aspectos, dos programas clássicos de Integração Docente-Assistencial.

O trabalho institucional, articulado com os órgãos públicos de saúde e realizado em serviços integrados à rede de unidades sanitárias; a gestão interinstitucional do projeto, em parceria com os níveis estadual e municipal; o trabalho voltado não apenas para grupos populacionais marginalizados, mas assumindo uma clientela universal; a constituição de um sistema de saúde, com níveis de complexidade tecnológica crescente, superando a atenção primária tradicional; o envolvimento progressivo de vários departamentos da escola médica; o trabalho em equipe multiprofissional, com vínculos institucionais distintos, trabalhando nas atividades de ensino e de prestação de serviços, constituem, em seu conjunto, elementos que permitem diferenciar o projeto em estudo das experiências IDA e dos projetos de Medicina Comunitária.

Com relação a esta última, em que a participação da população no desenvolvimento dos programas constitui um tema central, apesar da primeira formulação do projeto de Paulínia, particularmente no modelo da corrente médico-social, conter esta proposta, elas se diferenciavam quanto à qualidade da participação pretendida, já que os membros daquela corrente buscavam, não uma simples adesão da clientela aos programas desenvolvidos, mas sua efetiva participação na gestão dos serviços de saúde.

A análise das dissonâncias entre o formulado e o efetivamente implementado pelo projeto, em cada período, permitiu apreender o quanto as distintas mediações institucionais e as concepções dos diferentes participantes da experiência, enquanto atores institucionais e enquanto profissionais, com suas capacitações específicas e sua adesão a determinados modelos de gestão e de prestação de serviços de saúde, influenciam e estão

presentes na realização das políticas. É essa, a nosso ver, a maior contribuição deste trabalho.

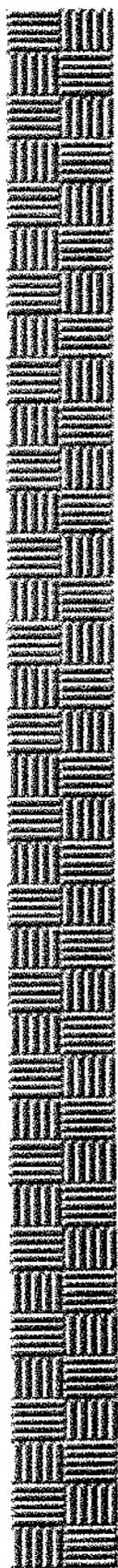


7. SUMMARY

The study is about a reconstitution and analysis of the experience of integration between the medical teaching and the health services, developed in the city of Paulínia (SP), by The Estadual University of Campinas, with The Estadual Health Office and The Municipality of Paulínia.

The period of the research was 1965-1985 and it had a coincidence with the experiences of interventions out of the school hospital developed by The Faculty of Medical Sciences of UNICAMP. It was recovered the experience inspired in the preventive model that preceded the project of Paulínia. In the period of 1970-1985, it was analyzed this last project, considering its formulation, the implementation and the confrontation between both, trying to apprehend, in each one of the stages of the project, its institutional basis and the assistencial and medical teaching models that took place inside it. The project had, as analytical reference, the governmental intervention on the health and education areas and the preconized models by the international movements of medical education.

The study showed how the teaching and assistencial experience of Paulínia was, at the beginning, a renewed experimental project, in opposition to the health policy in the seventies. Later, the project reached to be a local health system, public, regionally and hierarchically arranged, with a multi-institutional administration and guided by the technological qualification of the health services. Its trajectory had an amount of realizations, tensions and conflicts that were investigated. It was also noticed that the learning, in comparison with the medical care, had a less remarkable presence in the project.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, N. - Ensino Médico e Previdência Social. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 4, São Paulo, 1974. **Anais.**
- ANDRADE, J. - Marco conceptual de la educación médica en la América Latina (Primera parte). **Educ Méd Salud**, 12(1):1-19, 1978.
- ANDRADE, J. - Marco conceptual de la educación médica en la América Latina (Segunda parte). **Educ Méd Salud**, 12(2):149-66, 1978.
- ANTONIO, M.A.R.G.M. - **Avaliação do estado nutricional e do perfil de crescimento de 568 crianças matriculadas nas 14 creches municipais de Paulínia - São Paulo.** Campinas, 1995. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- AROUCA, A.S.S. - **O dilema preventivista-contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva.** Campinas, 1975. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- AROUCA, A.S.S. - **Introdução à Crítica do Setor Saúde.** Campinas, s.d. (Mimeografado).
- ABEM (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA) - **Experiências com Integração Docente-Assistencial.** In: Congresso Brasileiro de Educação Médica, 17, Rio de Janeiro, 1981. **Anais.** Rio de Janeiro, 1981. p.67-131.
- ABEM (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA) - **Integração Docente-Assistencial.** 1983. (Série Documentos 6).
- ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA) - **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,** 3. Rio de Janeiro, 1984.

- BARBOSA, F.S.; CARVALHO, A.G.; LAVOR, A.C.H.; SANTANA, J.F.N.P. - Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. **Educ Méd Salud**, 11(1):26-39, 1977.
- BASSO, J.H. - Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP- Projeto de Paulínia. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6; CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14, Rio de Janeiro, 1976. **Anais**.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. - **Saúde e Previdência - Estudos de política social**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRASIL - **Decretos-leis nº53**, de 18/11/1966, e **nº252**, de 28/02/1967.
- BRASIL - **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)**. Brasília, agosto de 1980.
- BRASIL.CFE (Conselho Federal de Educação) - Parecer nº506/69 e Resolução nº8/69. (Currículo mínimo dos cursos de graduação em Medicina). **Documenta** 103:95-103, 1969.
- BRASIL.CFE (Conselho Federal de Educação) - **Resolução nº9**, de 24 de maio de 1983.
- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/CEM(Comissão de Ensino Médico) - **O ensino médico no Brasil: a expansão da rede escolar**. Documento n.1, 1972.
- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/CEM(Comissão de Ensino Médico) - **Ensino Médico e Instituições de Saúde**. Documento n.2, 1974.
- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/CEM(Comissão de Ensino Médico) - **Internato e Residência**. Documento n.3, 1976.
- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/CEM(Comissão de Ensino Médico) - **Aspectos atuais do ensino médico no Brasil**. Documento n.4, 1977.

- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/SESu(Secretaria de Ensino Superior) - **Programa de Integração Docente-Assistencial**. Brasília, 1981. 32p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde,3).
- BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/SESu(Secretaria da Educação Superior) - **Manual do Internato**. Brasília, 1984. 12p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde,7)
- BRASIL.MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social)/CONASP(Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) - **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social**,1982.
- BRASIL.MS (Ministério da Saúde) - **Relatório do Grupo de Trabalho sobre Recursos Humanos para a Saúde**. 1974. (Mimeografado).
- BRASIL.MS (Ministério da Saúde)/MPAS(Ministério da Previdência e Assistência Social) - VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1986. 21p.
- BUSS, P.M.; SHIRAWA, T.; MARANHÃO, E. - **Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos (1953/1974)**. Rio de Janeiro, 1976. (Mimeografado).
- CAMPOS, F.E. - **Integração Docente-Assistencial como Prática da Educação Médica**. Rio de Janeiro, 1980. (Tese de Mestrado-Universidade do Estado do Rio de Janeiro).
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. São Paulo, Hucitec, 1989. p.53-60.
- CAMPOS, R.Z. - **Fatores sociais e variações na fecundidade e no tamanho da família**. Campinas, 1971. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas). 219p.
- CAMPOS, R.Z.; CASSORLA, R.M.S.; MELO, J.A.C.; BARDOU, M.M. - **Alguns resultados preliminares do Censo Demográfico e Sanitário do município de Paulínia**. Campinas, 1973. (Mimeografado).

- CANESQUI, A.M. - Relatório da constituição do Conselho de Saúde da Comunidade do Centro de Saúde de Paulínia. 1974. (Mimeografado).
- CANESQUI, A.M.; MELO, J.A.C.; BONFIM, J.R.F.A.; ALCÂNTARA, M.A.M.; GUSHIKEM, M.T. - Relatório de atividades da Coordenadoria de Promoção da Saúde do Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP. Campinas, 1974. 45p. (Mimeografado).
- CANESQUI, A.M. - Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPÍNOLA, A.W.P. et al. - **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo, Cortez Ed., 1992.
- CANGUILHEM, G. - **Lo normal y lo patológico**. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina Ed., 1971.
- CEITLIN, J. - Bases conceptuales y desarrollo histórico del Programa de Enseñanza de Medicina de la Comunidad. **Medicina de la Comunidad**, FEPAFEM/Kellogg, 1978.
- CEITLIN, J. - El Médico de la Familia - una versión contemporánea del médico generalista. In: **Que és la Medicina Familiar**. Caracas, FEPAFEM/KELLOGG, 1982.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE - **Política de Saúde**, ano 1, nº1, 1981. (Mimeografado).
- CHAVES, M. - **Saúde: uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
- CHAVES, M. - **Cambios en la Educación Médica. Un analisis de la Integración Docente-Asistencial en América Latina**. Caracas, Fondo editorial FEPAFEM, publ.n.3, 1984. p.9.
- CORDONI JÚNIOR, L. - **Medicina Comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira**. São Paulo, 1979.(Tese de Mestrado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

- CORREA, C.R.S. - **Avaliação de um Programa de Suplementação Alimentar**. Campinas, 1994. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- CUNHA, L.A. - O Milagre Brasileiro e a Política Educacional. **Argumento**, 1(2):45-54, 1973.
- CUNHA, L.A. - **A Universidade Reformanda**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p.38,260.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e Sociedade:o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975. p.37.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. - **Saúde e Sociedade**. 2.ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, M.C.F. - A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO/ENSP, 1983.
- DURHAM, E.R. - **A Reforma da Universidade**. Texto informativo à XLIV reunião plenária do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Fortaleza, 1987. p.9.
- ENCONTRO DE AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA DO ESTADO DE SÃO PAULO,1 - (Relatório). Botucatu, 1980. (Mimeografado).
- SCOREL, S. - **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, 1987. (Tese de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ).
- ESTADO DE SÃO PAULO - **Decreto Estadual nº52182**, de 16 de julho de 1969.

- FMUSP(FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO) -
Seminário sobre Medicina Comunitária e Ensino Médico. Relatório final. São Paulo,
1977. (Mimeografado).
- FEPAFEM (FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE
FACULTADES DE MEDICINA) - **Programa de Enseñanza de Medicina de la
Comunidad.** (Documento base). Rio de Janeiro, 1973. (Mimeografado).
- FEPAFEM - **Programa de Analisis de la Integración Docente-Asistencial.** Informe Final.
1983. (Mimeografado).
- FERNANDES, F. - **Universidade Brasileira: Reforma ou Revolução?**. 2.ed., São Paulo,
Alfa-Ômega, 1979.
- FERNANDES, S.O. - **Legislação do Ensino Superior e Disposições orgânicas da
Universidade.** 2.ed., Porto Alegre, Ed. Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
1973, p.76-78.
- FERNÁNDEZ, M. - Aspectos institucionales en la formulación de las políticas de salud. In:
OPS/CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL
DESARROLLO - **Políticas de Salud en América Latina - aspectos institucionales
de su formulación, implementación y evaluación.** 1988. p.17-27.
- FIOCRUZ/FINEP/PESES - **Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina
Preventiva.** Rio de Janeiro, 1977. (Mimeografado).
- FIBGE(FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) -
Censo Demográficos. 1960/1970/1980.
- FREITAG, B. - Política Social e Educação. **Em Aberto**, 4(27):1-15, 1985.
- GARCÍA, J.C. - **La educación médica en la América Latina.** Washington, 1972. (OPS-
Publicación científica n.255).
- GARCÍA, J.C. - **Medicina Comunitária, Concepto y História.** 1977. (Mimeografado).

- GARCÍA, J.C. - Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E.D. org. - **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global Editora, 1983.
- GONÇALVES, R.B.M. - **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, 1986. (Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- GORDON, J.B. - The politics of Community Medicine Projects: a conflict analysis. **Medical care**, 7(6):419-28, 1969.
- HAEITMANN, L.; SANTOS, M.; MACIEL, R.R. - **Projeto de Implantação de Assistência e Ensino de Psiquiatria no Hospital Escola de Paulínia**. 1985. (Mimeografado).
- JORNAL DIÁRIO DO POVO - **Recenseamento de Saúde de Paulínia**. Campinas, 06/01/1973. p.5.
- JORNAL DIÁRIO DO POVO - **Programa de Saúde da Comunidade**. Campinas, 06/03/1974. p.11.
- KAPLAN, H.B. & TERUEL, J.R. - **The Community in Medical Education**. 1972. [Editores].
- LIMA, J.C.S. - **Educação e Prática Médica - Os Movimentos de Educação Médica na América Latina**. Rio de Janeiro, 1983. (Tese de Mestrado-Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro).
- LUZ, M.T. - **Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M.; CAMPOS, G.W.S. - Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública, RJ**, 5(1):45-59, 1989.

- MADUREIRA, P.R. - **Aspectos epidemiológicos da Pediculosis Capitis. Estudo entre pré-escolares de Paulínia, SP.** Campinas, 1992. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- MADUREIRA, P.R. & CAPITANI, E.M. - Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. **Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6(2):158-74, 1990.**
- MAGALDI, C. - Regionalização docente-assistencial. **Rev. Paulista de Hospitais, 26(2):52-8, 1978.**
- MARMO, D.B. - **Análise comparativa de cinco critérios antropométricos para o diagnóstico de obesidade em escolares da cidade de Paulínia - São Paulo.** Campinas, 1988. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- MARQUES, M.B. - **Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviço de Puericultura.** Campinas, 1976. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- MELLO, C.G. - Prev-Saúde: vida, paixão e morte. **Saúde em Debate, 12:25-6, 1981.**
- MELO, J.A.C.; RAMOS, C.L.; CANESQUI, A.M.; GUSHIKEM, M.T. - **Participação da Comunidade.** (Documento apresentado no I Encontro Nacional dos Centros Demonstrativos de Serviços de Saúde com Participação Comunitária, promovido pela OPS/Ministério da Saúde). Brasília, 1974. (Mimeografado).
- MENDES, E.V. - Integração Docente-Assistencial na perspectiva dos serviços. **Rev. Bras. Educ. Méd., 8(1):50-9, 1984.**
- MERHY, E.E. - **São Paulo de 1920 a 1948 - A Saúde Pública como Política.** Campinas, 1990. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

- MORCILLO, A.M. - **Estudo comparativo de sete parâmetros antropométricos em escolares da cidade de Paulínia - São Paulo, referente aos períodos de 1979/1980 e 1984/1985.** Campinas, 1987. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- NORONHA, J.C. & TRAVASSOS, C.M. - Participação Comunitária nos Programas de Saúde. **Saúde em Debate**, 12:18-20, 1981.
- NUNES, E.D. - A organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Análise histórica: 1965-1982. **R. Bras. Educ. Méd.**, 8(2):95-103, 1984.
- OLIVEIRA, G.B. & ALMEIDA FILHO, N. - Levantamento da experiência de integração ensino-serviço na área da saúde no estado da Bahia. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, 4(3):17-28, 1980.
- OLIVEIRA, J.A. - A crise da Previdência e seu impacto sobre a política de saúde. **Saúde em Debate**, 13:4-19, 1981.
- OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - **(IM)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** 2.ed. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989.
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - **Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud.** Cuenca, Ecuador, 1972. (Mimeografado).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - **Plan Decenal de Salud para las Américas.** 1973. (Documento oficial n.118).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - **Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las escuelas de Medicina de la América Latina.** **Educ Méd Salud**, 9 (2):211-23, 1975.

- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - **Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social: 20 años de experiência latinoamericana.** 1976a. (Publicación científica n.324).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) - **Conclusões do Seminário de Viña del Mar.** 1976b. (Publicación científica n.324).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD)/OMS(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD)- **Extensão da cobertura dos serviços de saúde baseada nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade.** Washington, 1977.
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD)/FUNDAP(FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO) - **Características da Organização da Atenção Médica no Brasil: 1960-1980.**(vol.1 e 2). São Paulo, 1985.
- PAIM, J.S. - As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde em Debate**, 15/16:8-15, 1984.
- PAIM, J.S. - Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. **R. Bras. Educ. Méd.**, 9(3):207-15, 1985.
- PAIVA, V. - Estado, Sociedade e Educação no Brasil. **Encontros com a Civilização Brasileira**, 22:37-58, 1980.
- PAULÍNIA - **Lei Municipal n°501**, de 4 de junho de 1975.
- PAULÍNIA - **Lei Municipal n°665**, de 13/02/1980.
- PAULÍNIA - **Lei municipal n°725**, de 25/03/1981.
- PAULÍNIA - **Lei municipal n°827**, de 07/12/1983.
- PAULÍNIA - **Lei municipal n°926**, de 03/05/1985.

- PELEGRINI FILHO, A. - **Projeto de Monitoria no LEMC para alunos da FCM da UNICAMP**. Campinas, 1974. (Mimeografado).
- PELEGRINI FILHO, A.; CANESQUI, A.M.; POSSAS, C.A.; MELO, J.A.C. - **Uma contribuição à crítica da Educação para a Saúde**. Campinas, 1974. (Mimeografado).
- PELEGRINI FILHO, A.; RAMOS, C.L.; SOUZA, C.R.M.; ROSAS, E.J.; RIVERA, F.J.U.; RIBEIRO, J.A.T. - **Medicina Comunitária**. Rio de Janeiro, 1978. (Mimeografado).
- PERES, M.A.O. - **Implantação da cirurgia ambulatorial simplificada em Hospital Comunitário. Análise e resultados**. Campinas, 1992. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- PESES (PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE) - **Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva**. FINEP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1977. 325p. (Mimeografado).
- PESES (PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE) - **Projeto de Investigação sobre Medicina Comunitária**. Rio de Janeiro, 1978. (Mimeografado).
- PINOTTI, J.A.; AROUCA, A.S.S.; AROUCA, A.T. - Facultades de Medicina tradicionais e inovadas: tentativa de análisis tipológico. **Educ Méd Salud**, 8(1):106-20, 1974.
- PINTO, V.G. - Serviços básicos de saúde: a experiência do PIASS. In: Ministério da Saúde - **A saúde no Brasil**, 1(2):74-80, 1983.
- PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Balancos Financeiros**. 1976-1990.
- PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Ofício nº561**. 1979a.
- PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Ofício nº581**. 1979b.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Regulamento do Hospital Municipal de Paulínia**. 1981.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Programa Integrado de Educação e Saúde Escolar**. 1982. (Mimeografado).

REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. - Avaliação de qualidade dos serviços de saúde : notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública, RJ, 6(1):50-61**, 1990.

REUNIÃO DOS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA DO ESTADO DE SÃO PAULO - Documento Base. São Paulo, 1979. (Mimeografado).

REUNIÃO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 8. Relatório Final. São Paulo, 1971. (Mimeografado).

REUNIÃO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 9. Relatório Final. Marília, 1972. (Mimeografado).

REUNIÃO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 10. Documento Preliminar. São Paulo, 1973. (Mimeografado).

REUNIÃO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 12. Relatório Final. Ribeirão Preto, 1979. (Mimeografado).

RODRIGUES NETO, E. - **IDA: origens, implicações e perspectivas**. São Paulo, 1979. (Tese de Mestrado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

ROMANELLI, O.O. - **História da Educação no Brasil (1930/1973)**. 5.ed., Petrópolis, Vozes, 1984. p.207.

- SANTOS, N.R. - **Regionalização Serviço-Ensino**. Campinas, 1983. (Mimeografado).
- SANTOS, N.R. - **O poder municipal no rumo do sistema unificado de saúde**. Brasília, VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. 13p. (Mimeografado).
- SCHRAIBER, L.B. - **Contribuição ao estudo da educação médica**. São Paulo, 1980. (Tese de Mestrado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- SES(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO) /UNICAMP (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS) /PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - Convênio do Hospital Municipal de Paulínia. 1985.
- SILVA, G.R. - Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, 28:91-6, 1973.
- SILVA, G.R. - Saúde Coletiva: passado e perspectivas. **Departamento de Medicina Preventiva e Social - 1965-1990**. (Publicação referente ao Encontro Comemorativo dos 25 anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP). Campinas, 1990. 126 p.
- SINGER, P. - **A Crise do Milagre**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- SMEKE, E.L.M. - **Saúde e Democracia. Experiência de Gestão Popular: um estudo de caso**. Campinas, 1989. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- SOTO, J.Z. - **Programa de Atenção Médica Integral Primária para uma população definida no município de Paulínia**. Campinas, 1975. (Mimeografado).
- TEIXEIRA, S.F. (coord.) - **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/FIOCRUZ, 1988.

TOBAR, L.R.M.T.; SANTOS, R.A.; LUKOWIECKI, S.F.; MELO, J.A.C.; BARDOU, M.M.; GUSHIKEM, M.T.; CANESQUI, A.M. - **Programa de Saúde Escolar**. 1974. (Mimeografado).

TOBAR-ACOSTA, M.I. - **Medicina de comunidad en el barrio Jardim dos Oliveiras, município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil**. (Documento apresentado no Seminário do Programa Milbank Faculty Fellowship, sobre o tema: A comunidade na Educação Médica, realizado em Brasília, Rio de Janeiro, Campinas e Ribeirão Preto). 1970. (Mimeografado).

TOBAR-ACOSTA, M.I. - **Diagnóstico de saúde em membros de um grupo de famílias do bairro Jardim dos Oliveiras, município de Campinas, Estado de São Paulo**. Campinas, 1972. (Tese de Doutorado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas). 309p.

TOBAR-ACOSTA, M.I. & TOBAR, L.R.M.T. - **Clínica de Família**. Campinas, 1975. (Mimeografado).

UNICAMP(UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS) - Processo nº2199/70. (Referente ao Convênio SES/UNICAMP/PMP). 1970. fls 36-42; 308-15; 338; 358-67.

UNICAMP - Regimento Social do Programa de Saúde da Comunidade da Universidade Estadual de Campinas. (Portaria GR-180/73). **Diário Oficial do Estado**, 20/12/1973.

UNICAMP - **Relatório do 1º Seminário entre Docentes e Residentes de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP**. Campinas, 1974. (Mimeografado).

UNICAMP - Processo nº4920/84. (Referente ao Convênio SES/UNICAMP/PMP). 1984. fls 34-44.

UNICAMP/CSEP(CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA DE PAULÍNIA) - **Relatório das atividades realizadas pela área de Obstetrícia e Ginecologia no ano de 1977**. Paulínia, 1978. (Mimeografado).

UNICAMP/CSEP - **Atenção à criança**. 1980a. (Mimeografado).

- UNICAMP/CSEP - **Área de atenção à mulher.** 1980b. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Organização funcional do Laboratório Clínico do CSEP.** 1980c. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Programação do setor de adultos.** 1980d. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Algumas iniciativas para superar bloqueios tecnológicos na área da atenção primária à saúde.** 1981a. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Educação em Saúde.** 1981b. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Estrutura organizativa.** 1981c. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Programa de Ações Integradas de Saúde.** Paulínia, 1985. (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Atenção Primária à Saúde.** s.d.1 (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP - **Esquema funcional do atendimento médico no Centro de Saúde-Escola de Paulínia.** s.d.2 (Mimeografado).
- UNICAMP/CSEP/SMET(SERVIÇO MUNICIPAL DE EMERGÊNCIA E TRIAGEM) - **Diretrizes e Normas Básicas.** Paulínia, 1979. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM(FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS) - **Relatório Anual.** Campinas, 1971. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM - **Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços.** Campinas, 1972. (Mimeografado). 21p.
- UNICAMP/FCM - **Relatório do V Seminário sobre Educação Médica.** Campinas, 1985. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM - **Proposição para a criação de um programa de regionalização docente-assistencial na área de Campinas.** s.d. (Mimeografado).

- UNICAMP/FCM/CAAL(CENTRO ACADÊMICO ADOLFO LUTZ) - Vacinação em Paulínia. **Jornal O Patológico**, 1971.
- UNICAMP/FCM/CEG(COMISSÃO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO) - **Proposta de estágio nos serviços de saúde de Paulínia**. 1985a. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/CEG(COMISSÃO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO) - **Seminário sobre Educação Médica, 5**. Relatório Final. 1985b. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS (DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL) - **Relatório de Atividades do período 1965-1968**. Campinas, 1969. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Relatório do DMPS/UNICAMP à VII Reunião de Docentes de Medicina Preventiva das Faculdades e Escolas Médicas do Estado de São Paulo**. Campinas, 1970. (Mimeografado). 11p.
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Programa da disciplina Clínica Preventiva e Medicina Social**. Campinas, 1972. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Proposições para o planejamento do Programa de Atenção Materno-Infantil**. Campinas, 1973. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **A educação médica numa rede de serviços**. Campinas, 1974a. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Alternativa diante da crise**. Campinas, 1974b. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Estruturação, administração e funcionamento do DMPS**. Campinas, 1974c. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Princípios de cuidado à saúde**. Campinas, 1974d. (Mimeografado).

- UNICAMP/FCM/DMPS - **Projeto dos Cursos de Pós Graduação do DMPS.** Campinas, 1974e. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Quadro teórico que justifica nossa alternativa à crise do setor saúde.** Campinas, 1974f. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Programa de Rodízio do Internato do Curso Médico.** 1980. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Apontamentos para o Seminário Ciências Sociais e Medicina de Comunidade.** Campinas, s.d.1 (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS - **Documento sobre Medicina de Comunidade.** Campinas, s.d.2. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC(LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PARA A MEDICINA DE COMUNIDADE) - **Relatório do grupo de trabalho para planejamento do Programa de Atenção Materno-Infantil.** Campinas, 1973. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC - **Plano de Pesquisa sobre Educação Médica.** Campinas, 1974. (Mimeografado).
- UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC - **Contribuição à definição dos princípios que deverão nortear as ações na rede de serviços de saúde.** Campinas, s.d. (Mimeografado).
- UNICAMP/HC/FCM/INAMPS - **Convênio. Demonstrativos financeiros anuais.** 1976-1985.
- UNICAMP/NEPP(NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS) - **Brasil 1985- Relatório sobre a situação social do país, v.1, cap.3,** 1986.
- UNICAMP/NEPP(NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS) - **Governo do Estado de São Paulo, área social, políticas, programas e atividades:**

UNICAMP/PSC(PROGRAMA DE SAÚDE DA COMUNIDADE) - **Relatório de Atividades do Convênio entre a Fundação Kellogg e a Universidade Estadual de Campinas.** 1974. (Mimeografado).

UNICAMP/PSC/CSEP - **Relatório de Atividades.** 1973/1974. (Mimeografado).

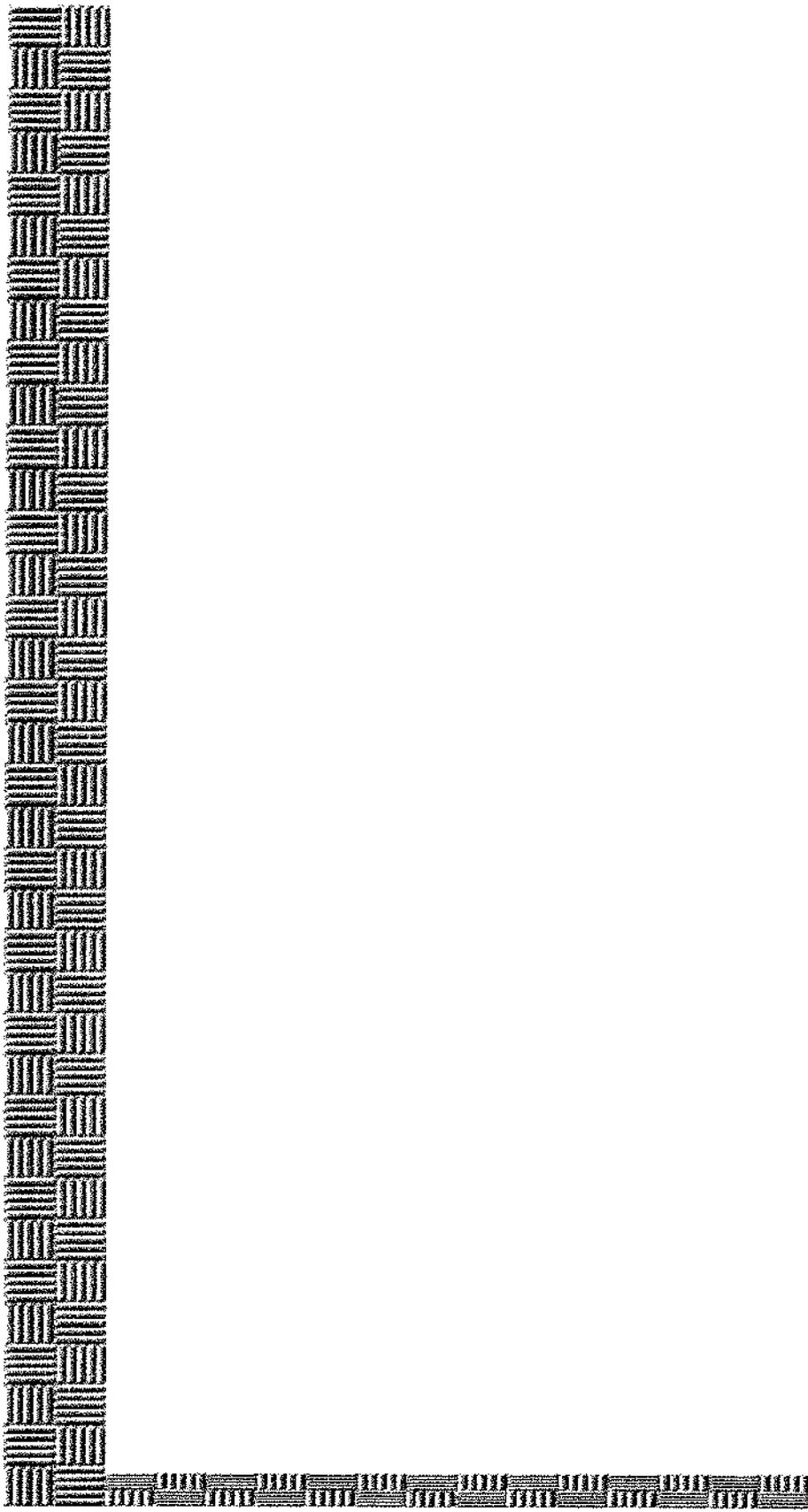
UNICAMP/PSC/CSEP - **Relatório de Atividades.** 1975. (Mimeografado).

UNICAMP/PMP(PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - Termo de Convênio referente à integração física e funcional do Pronto Socorro Municipal e do Centro de Saúde-Escola de Paulínia. 1975.

VIEIRA, S.L. - **O (Dis)Curso da (Re)Forma Universitária.** Fortaleza, Edições UFC/PROED, 1982.

VOSGRAU, E. & MELO, J.A.C. - **Programa de integração Centro de Saúde da UNICAMP/Divisão de Educação e Saúde da Prefeitura Municipal de Paulínia: Um Programa de Saúde Escolar.** (Trabalho apresentado no XVIII Congresso Paulista de Municípios). 1974. 33p. (Mimeografado).

ZANOLLI, M.L. - **Avaliação do estado nutricional de pré-escolares matriculados nas escolas municipais de educação infantil de Paulínia - São Paulo.** Campinas, 1992. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).



9. ANEXO

RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

- 1-ALBERTO PELLEGRINI FILHO (Docente do departamento de Neurologia/UNICAMP até 1977; participou do Laboratório de Educação para a Medicina de Comunidade (LEMC) do projeto de Paulínia)
- 2-ANA MARIA CANESQUI (Docente do DMPS/UNICAMP)
- 3-ANTONIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA (Docente do DMPS/UNICAMP até 1975)
- 4-BENEDITO DIAS DE CARVALHO (Diretor do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, de janeiro a março de 1976; Diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia, de outubro de 1983 a abril de 1984; eleito prefeito de Paulínia, em outubro de 1985)
- 5-CÉLIA LEITÃO RAMOS (Docente do DMPS/UNICAMP até 1975)
- 6-EDUARDO MARQUES GAMBA (Docente do departamento de Pediatria/UNICAMP; Diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia e Diretor Técnico-Administrativo do Hospital Municipal, no ano de 1985)
- 7-EVERARDO DUARTE NUNES (Docente do DMPS/UNICAMP)
- 8-GASTÃO W. DE SOUZA CAMPOS (Docente do DMPS/UNICAMP; Diretor do Centro de Saúde-Escola de Paulínia de 1983 a 1988)
- 9-GERALDO JOSÉ BALLONE (Prefeito de Paulínia, de agosto de 1979 a outubro de 1983)
- 10-GIOCONDA PICARELLI (Assistente social do DMPS/UNICAMP à época do trabalho no bairro Jardim dos Oliveiras)
- 11-GUILHERME RODRIGUES DA SILVA (Docente do DMP/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

- 12-JOAOQUIM ALBERTO CARDOSO DE MELO (Docente do DMPS/UNICAMP até 1977)
- 13-JOSÉ MARTINS FILHO (Docente do DMPS/UNICAMP à época do trabalho no BJO; Vice-Diretor da FCM/UNICAMP, de 1976 a 1980; Diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia, de outubro de 1976 a julho de 1979)
- 14-JOSÉ PAULO MARTINS BONILHA JÚNIOR (Diretor da Divisão de Saúde e Meio Ambiente da Prefeitura de Paulínia, de junho a outubro de 1983; Diretor do Serviço de Assistência Médica da PMP, de 1983 a 1985)
- 15-JOSÉ DA SILVA GUEDES (Docente do DMS/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo)
- 16-LEONÍSIA R. M. DE TOLEDO TOBAR (Docente do DMPS/UNICAMP até 1975)
- 17-MANILDO FÁVERO (Docente do DMPS/UNICAMP; Coordenador do departamento de 1976 a 1982)
- 18-MARIA LÚCIA ANDRADE (Assistente social do DMPS/UNICAMP à época do trabalho no BJO)
- 19-MARIA DE LURDES ZANOLLI (Docente do departamento de Pediatria/UNICAMP, participante do projeto a partir de 1981)
- 20-MARÍLIA BERNARDES MARQUES (Docente do departamento de Pediatria/UNICAMP até 1976; coordenou o Programa de Atenção Materno-Infantil do projeto Paulínia)
- 21-MÁRIO M. CHAVES (Representante da Fundação W.K.KELLOGG no Brasil, à época da implantação do projeto Paulínia)
- 22-MEYER SNITCOVSKY (Docente do DMP/Escola Paulista de Medicina)
- 23-NELSON RODRIGUES DOS SANTOS (Docente do DMPS/UNICAMP; Diretor do Centro de Saúde-Escola de Paulínia de 1978 a 1982)

- 24-REGINALDO ZÁCCARA DE CAMPOS (Docente do DMPS/UNICAMP;
Coordenador do departamento em 1983 e 1984)
- 25-ROOSEVELT MOISÉS SMEKE CASSORLA (Docente do DMPS/UNICAMP até
1974; Diretor do CSEP de 1971 a 1973)
- 26-SILVIA MARIA SANTIAGO (Docente do DMPS/UNICAMP)
- 27-VICENTE AMATTE (Prefeito de Paulínia, de abril de 1969 a fevereiro de 1973)
- 28-WALTER LESER (Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, de 1967 a 1971 e de
1975 a 1979)

O ENSINO MÉDICO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DO PROJETO PAULÍNIA

ERRATA

Página 7 (Introdução), acrescentar, no início da página:
no projeto de Paulínia, marcado, por um lado, pelas disputas na esfera interinstitucional, (envolvendo a ...).

Página 100, acrescentar, no início da página:
beneficiárias do sistema de atenção médica altamente tecnificado, privatizado e excludente, deteriam o controle de um processo de produção de médicos funcional a este sistema. Este (controle seria ...).

Página 127, acrescentar, no início da página:
discussão de temas referentes à gestação e Puericultura, além de participarem de atividades (práticas com ...).

Página 135, acrescentar, no início da página:
política do município, praticamente sem organizações populares ou sindicais, foram (realizadas reuniões...).

Página 217, acrescentar, no início da página:
das áreas de saúde da criança e da mulher, nas quais, ao lado da participação tradicional do (pessoal auxiliar...).

Página 229, existem duas, considerar a segunda, que está completa.

Página 248, acrescentar, ao final:
BRASIL.MEC (Ministério da Educação)/ CEM(Comissão de Ensino Médico) - Hospital de Ensino-diretrizes para seu funcionamento. Documento n.5, 1979.

Página 254, acrescentar, ao final:
MIRANDA, V.L.A. - Saúde Escolar - O programa de Paulínia. Campinas, 1992. (Tese de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

Página 257, acrescentar, ao final:
PMP(PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - Projeto de Saúde Bucal. 1980. (Mimeografado).

Página 258, acrescentar, ao final:
ROSAS, E.J. - A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS - análise de uma experiência. Rio de Janeiro, 1981. (Tese de Mestrado-Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ).

Página 259, acrescentar, ao final:

TERUEL, J.R. - Regionalización Docente-Asistencial. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA, 6; CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14, Rio de Janeiro, 1976. **Anais**. Rio de Janeiro, 1976. p.213-216.

Página 263, acrescentar, à última referência bibliográfica:

acompanhamento, avaliação e novos instrumentos de análise (1987/1988). Relatório Final. 1989. (Mimeografado).