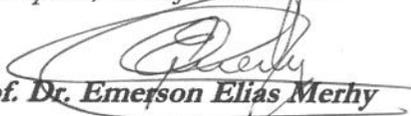


RICARDO CESAR CARAFFA

*Este exemplar corresponde à versão final
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 30 de Julho de 2001..


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA DE
SANTO ANDRÉ**

1967-1987

**20 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SISTEMA DE SAÚDE
VOLTADO À ÁREA MATERNO-INFANTIL**

CAMPINAS

2001

RICARDO CESAR CARAFFA

**FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA DE
SANTO ANDRÉ**

1967-1987

**20 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SISTEMA DE SAÚDE
VOLTADO À ÁREA MATERNO-INFANTIL**

*Dissertação de Mestrado apresentada a
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2001

UNIDADE Be
Nº CHAMADA T/UNICAMP
C176f
V _____ EX _____
TOMBO BCI 49690
PROC 16.837/02
C _____ D X _____
PREÇO R\$ 11,00
DATA 15/06/02
Nº CPD _____

CM00169256-7

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

BIB ID 243550

C176f Caraffa, Ricardo Cesar
Fundação de Assistência a Infância de Santo André 1967 – 1987:
20 anos de experiência de um sistema de saúde voltado à área materno-
infantil / Ricardo Cesar Caraffa. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador: Emerson Elias Merhy
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

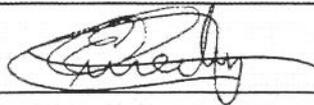
1. Pediatria – Aspectos sociais. 2. Serviços de saúde. 3. Política de
Saúde - Brasil. 4. Saúde Pública. I. Emerson Elias Merhy. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

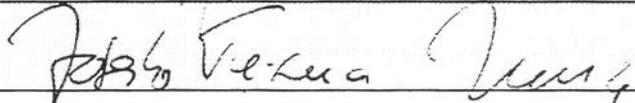
1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



2. Profa. Dra. Maria Heloisa da Rocha Medeiros



3. Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes



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

Data: 30/07/2001

12292000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

*Em memória de Emilio Jaldín
Caldéron, professor e amigo querido
que tanto fez pelas crianças no
mundo.*

DEDICATÓRIA

*À Profa. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi
exemplo de mulher e mestra, pelo tudo que fez e
por tudo que ensinou.*

*À Marie Louise Stein, Emilio Jaldín Calderón e
Adanor Angelo de Aguiar Quadros por terem me
ensinado como cuidar de uma criança.*

*A minha mãe, meu pai e irmãos por serem assim
como são.*

Ao Emerson pela orientação nesses anos e pela amizade em muitos anos.

À Maria de Lurdes Zanolli, pela amizade, companheirismo e pela informal co-orientação.

A todos que comigo trabalham ou trabalharam, neste mister de cuidar de pessoas e em especial de crianças.

A todas as crianças, que com o amor descompromissado que dão, me ajudam e estimulam constantemente.

A toda minha família pelo orgulho que tem de mim.

Aos amigos, que bem-aventurado que sou, são tantos que não caberia nesta página a todos relacionar, mas creiam no coração cabem e muitos mais.

A todos que de além da amizade, de alguma forma me ajudaram neste trabalho: Mau, Pri, Rosinha, Tex, Vivian, Marcelinho, Emília, Anze, Mina, Leoci, Mariana, Neusa.

A todos os funcionários e colegas da FAISA e da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

A todos os funcionários e colegas dos Departamentos de Medicina Preventiva e Pediatria da UNICAMP.

Um ainda não é um, quando ainda faz parte com todos.

Guimarães Rosa.

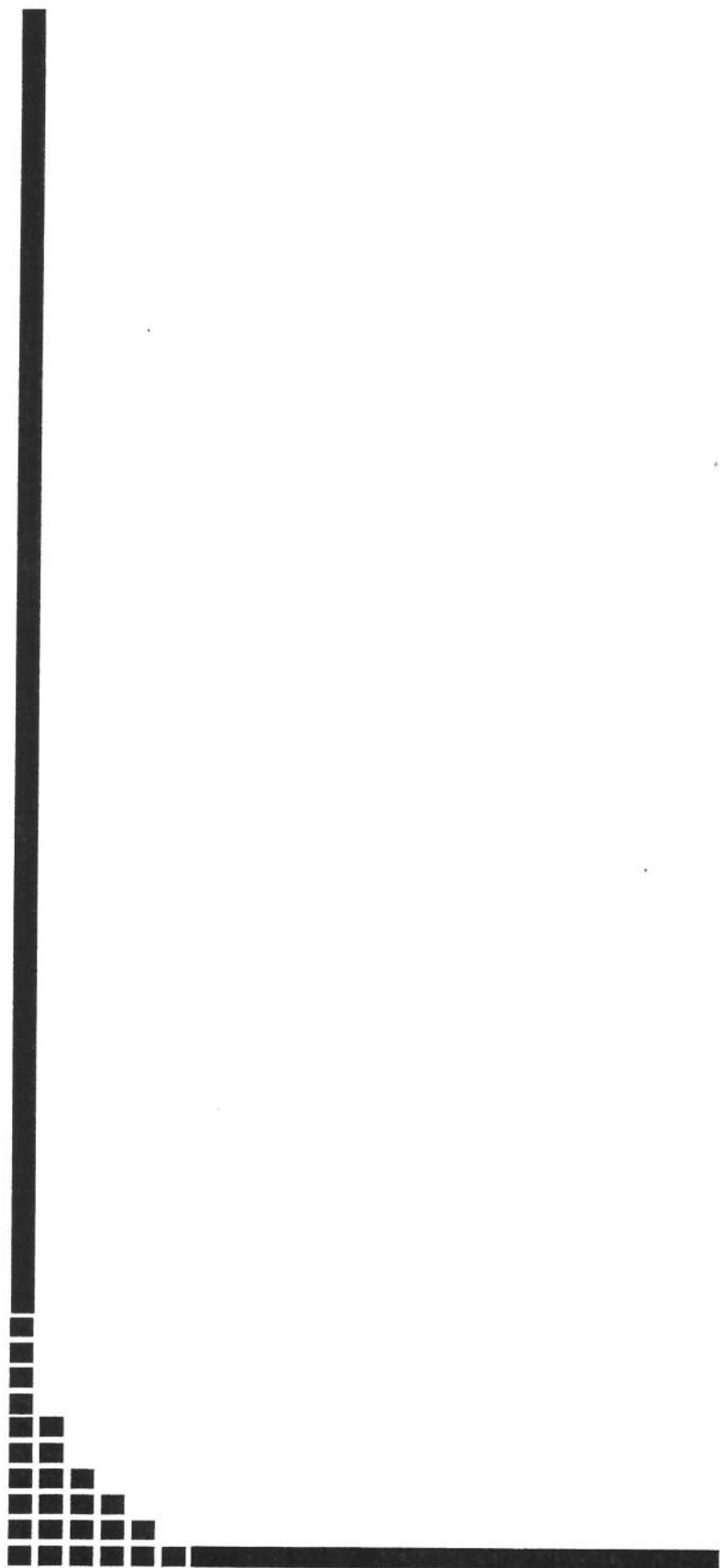
	PÁG
RESUMO	xxv
INTRODUÇÃO	29
CAPITULO I: A conformação de um campo	35
I-a: Do nascimento da Puericultura à Atenção Integral à Saúde da Criança.....	37
I-b: A Pediatria no Brasil e as Políticas Públicas de Saúde.....	47
CAPÍTULO II: A Fundação de Assistência à Infância de Santo André	59
II-a: Histórico.....	61
II-b: Organização dos serviços.....	66
II-c: Modelo de Atenção	76
II-d: Impacto na atuação à saúde da criança.....	79
II-e: Recursos.....	81
II-f: A FAISA como campo de formação e pesquisa.....	83
CAPÍTULO III: Formulação do modelo	85
III-a: Análise.....	87
III-b: Considerações finais.....	104
SUMMARY	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	119

AIS:	Ações Integradas de Saúde
CAI:	Centro de Assistência à Infância
CEFAISA:	Centro de Estudos da FAISA
CONASP:	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DNC:	Departamento Nacional da Criança
FAISA:	Fundação de Assistência à Infância de Santo André
FUABC:	Fundação do ABC
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS:	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS:	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS:	Ministério da Saúde
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OPAS:	Organização Panamericana de Saúde
PAC:	Plano de Assistência à Criança
PAIS:	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISC:	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PIASS:	Plano de Interiorização das Ações de Saúde
PPA:	Plano de Pronta Ação
PPP:	Posto de Puericultura e Pediatria
PREV-Saúde:	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAC:	Serviço de Atendimento Contínuo

SAME:	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SBP:	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEST:	Serviço de Emergência de Santa Terezinha
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
UNICEF:	Fundo das Nações Unidas para a Infância

	<i>PÁG</i>
Anexo 1: Entrevista.....	121
Anexo 2: Capa do Relatório FAISA 1967.....	151
Anexo 3: Capa do Relatório FAISA 5 anos 1967-1971.....	153
Anexo 4: Capa do Relatório FAISA 10 anos 1967-1977.....	155
Anexo 5: Capa do Relatório FAISA 15 anos 1967-1982.....	157
Anexo 6: Capa do Relatório FAISA 20 anos 1967-1987.....	159
Anexo 7: Organograma da FAISA em 1986.....	161
Anexo 8: Mapa de serviços no município.....	163
Anexo 9: Atuação na comunidade.....	165
Anexo 10: Porcentagem de crianças matriculadas nos Postos.....	167
Anexo 11: Índice de crianças menores de 1 ano matriculadas em relação ao total de matrículas e número de nascidos vivos.....	169
Anexo 12: Porcentagem de atendimentos de Puericultura em relação ao total de atendimentos.....	171
Anexo 13: Serviços prestados em Pediatria Social.....	173
Anexo 14: Vacinação de rotina nos serviços (total de doses aplicadas).....	175
Anexo 15: Atendimento nos Postos por motivo de doenças infecto-contagiosas passíveis de prevenção por vacinação.....	177
Anexo 16: Atendimento nos serviços de Urgência por motivo de doenças infecto-contagiosas passíveis de prevenção por vacinação.....	179
Anexo 17: Incidência de gastroenterocolite aguda, evolução anual.....	181

Anexo 18: Incidência de hospitalização de urgência por gastroenterocolite aguda sobre total de consultas nos serviços de Urgência.....	183
Anexo 19: Incidência de hospitalização de urgência de crianças desidratadas por gastroenterocolite aguda, sobre o total de atendimentos por gastroenterocolite aguda nos serviços.....	185
Anexo 20: Mortalidade infantil, comparação de municípios no período de 1960 a 1987.....	187
Anexo 21: Indicadores do nível de saúde no período de 1969 a 1983.....	189
Anexo 22: Distribuição dos recursos segundo a origem.....	191
Anexo 23: Atuação do Centro de Estudos da FAISA (CEFAISA).....	193
Anexo 24: Trabalhos publicados e pesquisas realizadas pelo CEFAISA (4 páginas)	195
Anexo 25: Médicos residentes da Área de Pediatria da Faculdade de Medicina da FUABC, formados no período de 1975 a 1986 (2 páginas).....	199



RESUMO

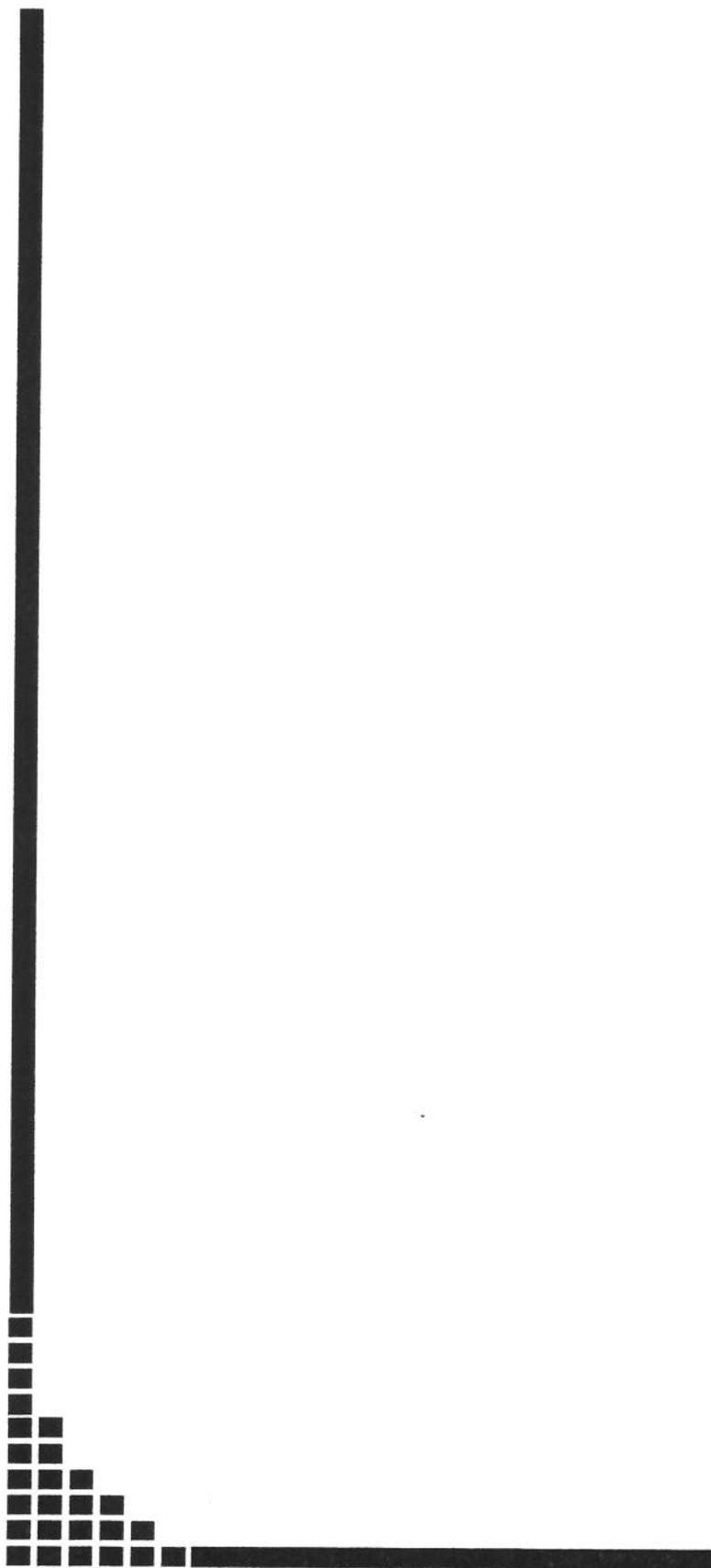
O estudo se constitui na descrição e análise de uma instituição, enquanto experiência de um modelo de atenção à saúde materno-infantil, em 20 anos de sua história, entre 1967 e 1987, na cidade de Santo André (SP).

Trata-se da Fundação de Assistência a Infância de Santo André – FAISA, entidade que surge em um determinado contexto e apresenta entre suas características, aspectos pioneiros e inovadores para a época de sua aparição.

Buscando entender como essa entidade surge, volta-se no tempo para se descrever como se delimita a conformação de um campo de prática pediátrico, ou seja, desde o início do desenvolvimento do cuidado dedicado à infância até os princípios da atenção integral à saúde da criança. Na mesma perspectiva procura-se oferecer um panorama da conjuntura onde se desenvolvem a Pediatria brasileira, as políticas de saúde materno-infantil e as políticas gerais de saúde pública no Brasil.

A descrição do histórico da FAISA, da organização de seus serviços, de seu modelo de atenção e do impacto que têm sobre a saúde das crianças em Santo André, bem como a análise da manifestação do contexto em que essa surge, através de textos, documentos históricos encontrados e de entrevista realizada com um ator institucional, que se reveste da maior importância por ter sido formulador do modelo apresentado, torna-se o corpo central desse estudo.

Estima-se que o trabalho tenha valor para aqueles que se debruçam sobre as questões pertinentes às formulações de modelos e políticas públicas de saúde, assim como na afirmação do Sistema Único de Saúde.



INTRODUÇÃO

O que motiva e leva alguém a pensar e elaborar um determinado estudo? Seguramente são vários os estímulos e motivações que levam a um determinado olhar sobre um tema; muitas vezes esses não aparecem isolados, ou ainda, o que pode ocorrer é que alguns deles não são nem mesmo identificados pelo pesquisador como parte de sua motivação inicial e, somente no decorrer do processo de elaboração, esses se manifestam e acabam por moldar um objeto de estudo.

Assim sendo, dizer que a motivação deste estudo surgiu da necessidade de descrever a experiência da Fundação de Assistência a Infância de Santo André (FAISA) seria pouco, apesar de verdadeira. Por trás da necessidade inicial de documentar a experiência de um sistema de saúde voltado à saúde materno-infantil e de suas características, até então não relatada em publicações ou estudos anteriores, estariam outras inquietações e indagações inseridas, que acabaram por possibilitar que a descrição dessa instituição, da análise de seu modelo e do contexto em que surge compusessem o corpo central do estudo em questão.

Essa necessidade referida certamente é influenciada pela importância que a FAISA teve na minha formação e na minha vida profissional, pelo modo como marcou e modelou meu comportamento como profissional da saúde e em especial como pediatra, trazendo, portanto, o pesquisador como observador participante, na medida em que viveu parte da história dessa entidade, no período de 1975 a 1985, como aluno em estágio, residente em pediatria e médico pediatra, fazendo da sua própria vivência e de suas memórias partes do material utilizado para análise.

O relato de experiências de modelos ou sistemas de saúde e a análise que se pode fazer a partir delas têm sido utilizado por diversos autores (CAMPOS, 1989,1992B; FRANCO, 1999; MENESES, 1998; MERHY, 1992; SILVA JR., 1998; TANAKA, 1982; ZANOLLI, 1999), visando não apenas a produção de conhecimento, como também a elaboração de um instrumento para a afirmação da viabilidade e exequibilidade do Sistema Único de Saúde. A análise de um modelo de saúde alternativo e pioneiro em muitas das suas concepções, mesmo sendo voltado exclusivamente para a área de saúde materno-infantil, como outros surgidos nas décadas de 1960 e 1970, que procuravam dar uma resposta às reais necessidades de saúde da população através de uma certa organização e

distribuição de serviços e recursos, vindo, portanto, em sentido contrário a um modelo excludente e voltado a demandas de mercado, pode e muito contribuir para esta afirmação.

A análise institucional pode vir ocasionada de várias interrogações que, por sua vez, podem suscitar uma ou outra linha de estudo, no caso FAISA, dentre os muitos caminhos de investigação que a descrição do modelo sugere, optamos por focar nos elementos que atuaram na conjuntura de sua formação e que aparentemente influíram para que, naquele instante e lugar, fosse concretizada essa experiência, porém sem desviar o olhar da sua conformação e dos resultados por ela obtidos no impacto sobre a saúde da população.

Na busca desses elementos, procurei por depoimentos de atores institucionais, documentos e textos, nos quais poderia encontrar dados que pudessem oferecer uma descrição da FAISA e contribuíssem para a análise do processo de formação dessa entidade e do modelo por ela adotado.

Dos atores institucionais, um personagem se destaca, tornando-se não somente a principal fonte de informação, mas também parte do objeto desta pesquisa. Trata-se de uma intelectual da saúde, a Prof. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi, que tem sua importância determinada, por ter vivido a maior parte da experiência e, sobretudo por ter sido a principal formuladora do modelo que descrevemos. Foram realizadas com ela duas entrevistas, gravadas e transcritas, que se tornam material de conteúdo da dissertação (ANEXO 1). Sua trajetória de vida, sua formação como médica pediatra, suas atuações na história da Pediatria e da Saúde Públicas brasileiras por si só seriam objetos de não só um, mas de vários estudos, e este trabalho que apresento se converte, assim, em um registro, ainda que incompleto, dessa personagem e que pretende mostrar a influência dela no processo de formulação do modelo estudado.

Os principais documentos utilizados para a descrição histórica, da organização dos serviços e dados de produção são a lei municipal que trata de sua criação, relatórios de 1967 (ANEXO 2), de 5 anos (ANEXO 3), de 10 anos (ANEXO 4), de 15 anos (ANEXO 5) e 20 anos (ANEXO 6) da FAISA, elaborados na entidade, com base em dados fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da FAISA, que serviram como

material de referência anexado ao texto (ANEXOS 7 a 25), e texto produzido pela Dra. Zacchi para o curso de “Salud Pública Materno Infantil”, realizado pelo Centro Latinoamericano de Perinatologia Y Desarrollo Humano. Tais documentos foram fontes importantes e mais que suficientes para a composição do texto, além de conterem informações e discursos utilizados para a análise em questão.

Apesar da fundação existir até os dias de hoje, o recorte na história da FAISA no período de 1967 a 1987 foi escolhido, devido, primeiramente, da disponibilidade da documentação já referida e desta se reportar principalmente ao período especificado e por ser ele tanto o de sua criação quanto o de maior expansão e produção dos seus serviços e modelo, além de coincidir com uma época de grandes transformações na vida política brasileira e, conseqüentemente, da história da Saúde Pública.

Para compor o estudo, é utilizado um método de análise qualitativa baseado nas fontes obtidas, na análise de conteúdo do material e na intertextualidade de vários autores, sendo elaborados três capítulos.

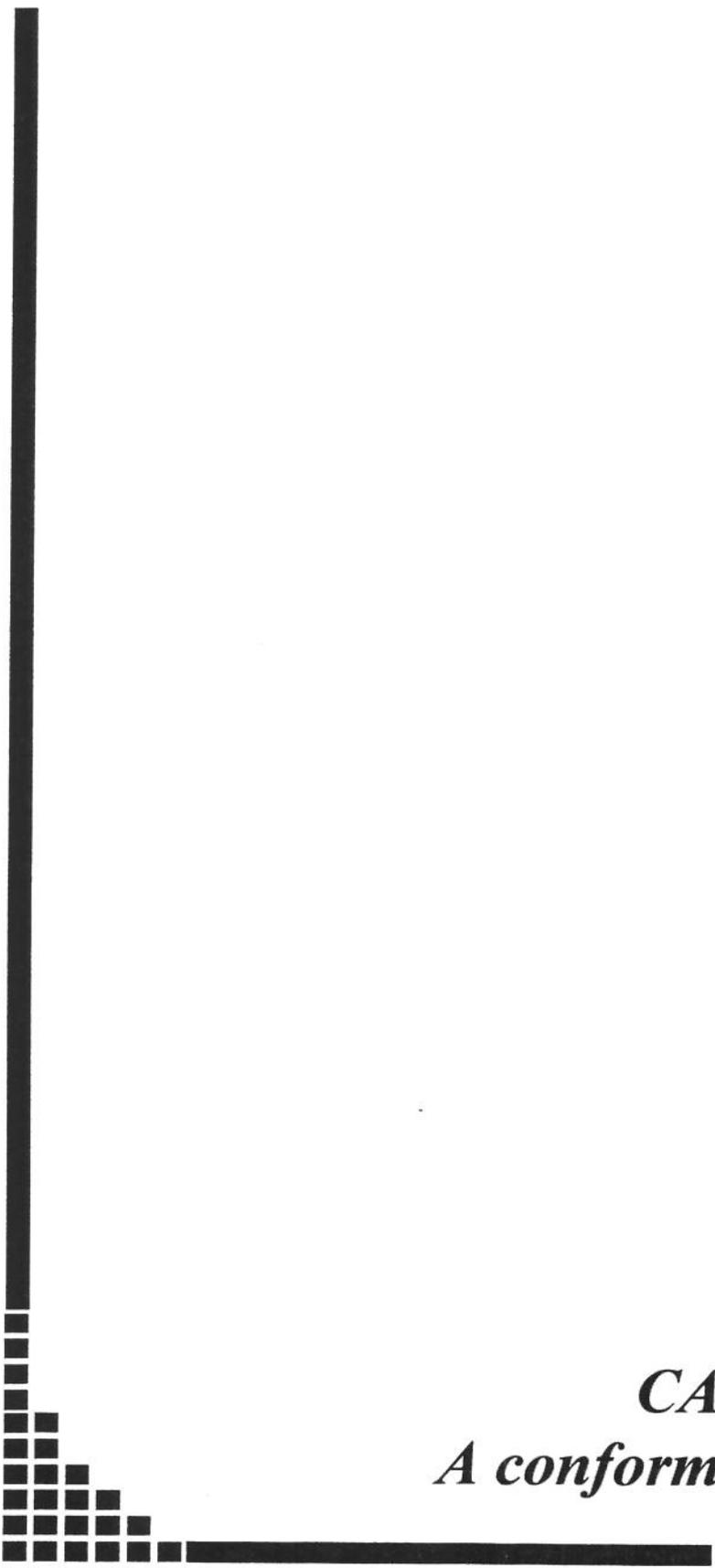
No primeiro capítulo, procurei oferecer uma visão do contexto histórico em que se concretiza a formação da FAISA, para isso, em uma primeira parte, não será apenas descrito o modo como a assistência à infância vem se dando através do tempo, mas procurando enxergar, por meio da história da sociedade, o modo que esta se relaciona com a criança, ou seja, do cuidado que é dado à criança, desde quando esse se reveste de uma intencionalidade até a conformação de uma doutrina de conservação das crianças. Para tanto, são descritos o nascimento e a evolução da Puericultura como ciência e a conformação da Pediatria como especialidade médica, bem como a junção das duas para compor uma Medicina das crianças. Na segunda parte, é descrito e analisado, através de uma composição de fatos históricos, de que maneira se entrelaçam a história da Pediatria brasileira e da conformação de sua prática, as políticas de saúde materno-infantis e as políticas gerais de saúde no Brasil com enfoque no século XX, dando destaque à questão do modo como o Estado, com suas contradições, articula suas políticas sociais, à filantropia como um dos meios de atuação na prestação de serviços e à participação dos pediatras como formuladores de políticas de saúde.

No segundo capítulo, são relatados a descrição da FAISA desde sua formação, a organização de seus serviços, seu modelo assistencial, os resultados por ela apresentados no impacto sobre a saúde da população, a origem e destinação de seus recursos, e sua atuação como campo de formação e pesquisa. A ênfase aqui é dada à história de sua criação e dos atores envolvidos, mas sem deixar de ressaltar a qualidade de sua organização e do produto por ela oferecido.

No terceiro capítulo, é feita uma análise da conjuntura que levou ao aparecimento dessa entidade e da relação de forças que atuaram naquele momento para que fosse possível sua criação e seu desenvolvimento nestes 20 anos, aos quais voltamos nosso interesse. A cidade de Santo André (SP) como cenário geopolítico, a filantropia como forma de atuação na política social, os atores institucionais e as políticas públicas na saúde da época entram como elementos de construção do processo que possibilitou a formação de um contexto onde se origina a FAISA.

Enfim, a idéia inicial de documentar uma experiência de um modelo na Saúde Pública na área de saúde materno-infantil, que supúnhamos importante relatar enquanto experiência bem sucedida, acabou por levar a pesquisa a caminhos insuspeitados antes, e considero que a abordagem e a análise, longe de serem conclusivas, conseguem suscitar outras dúvidas e questionamentos que podem vir a ser melhor analisados em estudos posteriores, mas, creio, podem contribuir para uma reflexão e um melhor entendimento do processo ininterrupto que é a criação de um Sistema Único de Saúde que tanto almejamos.

Ainda em tempo, cabe destacar que como médico pediatra e sanitarista, portanto como sujeito social, mas antes de tudo como ser humano, estou fadado a ocasionalmente ser levado por uma impulsividade inerente à emoção que o tema suscita à minha pessoa. Procurei aplinar toda e qualquer tendência nesse sentido, na medida em que me foi percebido ou apontado, sempre procurando manter o rigor científico que a pesquisa demanda. Também devo ressaltar que não se deve procurar neste estudo qualquer crítica a pessoas, grupos, modelos de saúde ou formas de assistência, mas sim uma análise elaborada a partir de fatos anteriormente relatados.



CAPÍTULO I:
A conformação de um campo

DO NASCIMENTO DA PUERICULTURA À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

A história do cuidado da criança vem sempre associada ao do desenvolvimento da história ocidental e do modo como a sociedade, tal como se constitui em cada momento histórico, se relaciona com ela; sendo assim, o cuidado médico, como fato social, é também determinado por essa evolução.

Dedicamos aqui um rápido olhar sobre o modo como esse cuidado médico se estabelece. É certo que dificilmente abrangeríamos todos os fatos e nuances que tal processo histórico contém, mas podemos tentar oferecer um panorama que se destina a situar esse cuidado e sua inserção no contexto histórico até os dias de hoje.

Partimos da análise de como emerge na sociedade a preocupação com a criança e do modo como a Puericultura surgiu e vem avançando nestes séculos, para depois mostrar como a Pediatria aparece, com suas origens ainda que próximas, mas distintas e finalmente como a articulação de ambas se constitui para formar uma Medicina das crianças.

A Puericultura:

Datados já do período da antiguidade, são encontrados textos que falam dos cuidados e da proteção que então, davam à criança em relação à alimentação, higiene, educação e atividade física. Os babilônios, hindus, egípcios e judeus estão entre os povos em que se reconhecem essas práticas, apesar do infanticídio, a venda e o abandono de crianças serem também relatados. Hipócrates, Sorano e Galeno, da civilização greco-romana já desenvolviam princípios de um cuidado individual e social, sinalizando uma preocupação com a mortalidade entre as crianças.

Na civilização ocidental, a evolução desses cuidados se inicia a partir da estruturação da sociedade e das relações que nela se produzem. Na sociedade medieval, a infância não tinha especificidade, a família era ampla, não nuclear, as habitações comunitárias e as crianças eram cuidadas por todos, como se pertencessem à comunidade. Portadora de uma debilidade física e social de acordo com a concepção da época, a criança era considerada um ser frágil, sem valor na sociedade e sua morte encarada como desígnio

da vida, ou seja, era caracterizada como “um ser que não conta”. O sentimento por elas era superficial; enquanto pequenas divertiam os adultos e, logo que adquiriam capacidade de desempenhar funções básicas para sua sobrevivência, passavam a ser consideradas adultas, perdendo assim o pouco cuidado que tinham (ARIÈS, 1981; ORLANDI, 1985).

Demora muito tempo até que a sociedade altere sua mentalidade em relação à criança, de tal forma que faça surgir uma mudança do sentimento em relação à infância. Nos séculos XVI e XVII a criança começa a ser vista como um ser mais diferenciado, fato este evidenciado pelas suas representações em cenas do cotidiano. Surge a preocupação com a educação formal, a criança passa a ser vista como entidade a ser moldada para atingir o mundo dos adultos, tal fato se deve a uma preocupação de ordem religiosa e moral, mas também a uma mudança na estrutura familiar, que se distingue por ter o pai como o núcleo provedor e a mãe como aquela responsável pelo cuidado com os filhos, assumindo a família uma função moral e espiritual na formação de corpos e almas (ARIÈS, 1981; FREIRE, 1991; ZANOLLI, 1999).

A urbanização crescente e a reorganização social têm influência sobre a vida das famílias e especificamente sobre a das crianças. A qualidade de vida cai acentuadamente, causando um aumento da mortalidade infantil, que por sua vez, vem a gerar uma preocupação dos governantes com as condições de vida das crianças, preocupação esta de ordem econômica, pois se via aí uma perda de braços para o trabalho e para a guerra. Este fato associado à já referida mudança em relação ao sentimento da infância leva ao surgimento de uma nova mentalidade coletiva voltada às crianças (RIVOREDO, 1995).

No século XVIII, com o declínio do sistema feudal e o início da formação das nações modernas, principia-se uma nova compreensão de sociedade marcada por uma maior valorização dos indivíduos. A diminuição da população causada pela alta taxa de mortalidade preocupa o Estado que necessita de mão-de-obra para a produção e defesa, e faz com que o mesmo intervenha no sentido de incrementar o aumento da população. A partir daí, a preocupação com a criança e sua conservação leva o Estado, juntamente com a Igreja e os pensadores da época, a atuar nas questões sanitárias e na saúde da população, e em consequência disso, passem a intervir na vida das famílias. Regras e normas sociais são estabelecidas e institucionalizadas pela medicina e pela pedagogia.

Essa é a época em que se desenvolve na sociedade européia uma medicina voltada à necessidade de se fazer frente aos graves problemas que afetam não só as crianças, mas a população em geral e principalmente os pobres. Os clássicos estudos de Rosen indicam claramente que no decorrer dos séculos XVII e XVIII, deu-se o desenvolvimento da medicina social com a noção da *política médica*. Tal noção trata do modo como, nas nações européias desenvolveram-se as *medicinas* que vão orientar as ações e as estratégias para manter a estrutura de produção que se consolidava (NUNES, 1983; ROSEN, 1983).

Na Alemanha, que já contava com uma certa centralização de poder, é criada a *polícia médica*, que atuava com um conjunto de ações, que vão desde regras de higiene e regulamentação econômica até as funções policiais contra indivíduos considerados danosos à sociedade. Passam o Estado e os médicos a serem responsáveis pelo controle e manutenção da saúde da população, incluindo aí todos os aspectos da vida dos indivíduos, idéia que se difunde na Europa e posteriormente nos Estados Unidos.

Na Inglaterra, com a Lei dos Pobres, procurava-se beneficiar os mais pobres através de uma assistência que contava com vários controles médicos e sociais, com isso, além de se manter a força produtiva, a classe rica era protegida contra as epidemias que se espalhavam na classe pobre. Surgiram, assim os *serviços de saúde*, como centros sanitários, cujas finalidades eram de controlar vacinações, fazer registros epidemiológicos, fiscalizar e destruir locais insalubres. A medicina estaria, dessa forma a serviço de uma classe dominante, que exercia assim um controle sobre a saúde dos pobres, para torná-la menos perigosa aos ricos, ao mesmo tempo em que garantia a força de trabalho para o Estado.

A França, com a Revolução Francesa formulando os ideais de igualdade, fraternidade e liberdade, pode conceber o princípio de igualdade social, com a atribuição de novas tarefas à medicina, reconhecendo as condições de vida como fontes de enfermidade; com a postulação da medicina como instrumento de reorganização social, colocando a assistência médica como direito social de um cidadão.

As práticas e os saberes médicos desencadeados nesse processo contribuíram para o aumento da consciência higiênica e sanitária, com um conseqüente controle de doenças, gerando assim uma diminuição da mortalidade infantil, porém outros aspectos apontavam a necessidade de uma intervenção para que se garantisse a conservação das crianças.

Seriam três os fatores estabelecidos como empecilhos a tal conservação: a prática de se abandonar as crianças em asilos onde a mortalidade era altíssima, hábito esse induzido pelas dificuldades de se manter os filhos ou mesmo pelo pouco valor que era dado às crianças; as famílias ricas que entregavam suas crianças às aias e criadas (ou ainda escravas no caso do Brasil) para sua criação, as quais nem sempre eram bem cuidadas, e por fim, a prática de se alugar nutrizes para amamentar seus filhos, fenômeno que, iniciado nas famílias aristocráticas espalhou-se por todos os estratos sociais, o que gerou uma escassez de nutrizes ou ainda que levava a nutriz a assumir mais crianças do que dava conta e, muitas vezes, abandonar seus próprios filhos para cuidar de outros.

Toda esta situação levava a uma alta mortalidade das crianças pequenas motivada, portanto por uma indiferença materna o que levou Badinter a fazer uma interessante observação: *“Não é porque as crianças morriam como moscas que suas mães se interessavam pouco por elas. Ao contrário, em grande proporção, porque elas não se interessavam, morria uma quantidade tão grande de crianças”*. (BADINTER, 1985 p.87).

Aos poucos, vai se sedimentando uma nova mentalidade, a de se valorizar a mãe e o cuidado que esta pode dar aos filhos em casa, garantindo, assim, a preservação das crianças. Para tanto, unem-se médicos, educadores, moralistas e Estado desenvolvendo argumentos e dizeres, dando maior importância às funções maternas, abalando, desse modo a autoridade paterna, combatendo a “medicina das comadres”, promovendo uma aliança entre mães e médicos, que passam agora a penetrar nos lares, com a difusão da medicina doméstica (BOLTANSKI, 1974).

Os educadores tiveram papel importante no processo, que pode ser percebido na escrita de Rousseau, em **Emílio ou da Educação**, de 1762 que diz *“A educação primeira é a que mais importa, e essa primeira cabe incontestavelmente às mulheres; Se o autor da*

natureza tivesse querido que pertencesse aos homens, ter-lhes-ia dado leite para alimentarem as crianças". Procurava, com esses dizeres ressaltar os conceitos da pureza da criança, do binômio mãe-filho e da conservação da criança (Rousseau apud ORLANDI, 1985; RIVOREDO, 1995).

Aparecem publicações que aconselham as mães a amamentarem e que ensinam como tratar e cuidar de seus filhos, criando-se um conjunto de regras e saberes que, com os avanços da medicina na área da microbiologia adquirem cientificidade e caráter dogmático, dirigido às mulheres em tom doutoral, supondo a total ignorância das leitoras (NOVAES, 1979; ORLANDI, 1985).

Assim emerge a Puericultura, termo usado em 1865 por Caron, um médico francês, que a define como "a ciência de elevar higienicamente e filosoficamente a criança", com o propósito de normatizar todos os aspectos que dizem respeito à forma de cuidar da criança, tendo por objetivo assegurar a ela uma saúde perfeita. A Puericultura tem, então, vários aspectos a serem considerados; na constituição da família nuclear, com a consolidação do papel da mulher; na valorização da criança como figura central da família, e na sua caracterização ideológica, por estar voltada às famílias mais pobres, na medida em que associa a ignorância às más condições de saúde, com um discurso moralista e pedagógico, moldando as classes trabalhadoras à moral burguesa (NOVAES, 1979; ORLANDI, 1985).

Em razão da ampliação do conhecimento médico, os textos se revestem de mais cientificidade e adquirem caráter técnico, com explicações científicas para cada assunto e orientação, com os saberes adquiridos nas áreas de filosofia, pedagogia, sociologia, epidemiologia, fisiologia, nutrição, bacteriologia, imunologia e patologia constituindo seu campo disciplinar e dando base para um consenso entre os puericultores (MENDES R.T., 1996).

São criados serviços de Puericultura, na sua maioria filantrópicos ou públicos, onde a criança é avaliada, a mãe orientada e dada alguma assistência social à família, e que se constitui como campo de prática médica. Os serviços se proliferam em toda a Europa, e a Puericultura chega ao Brasil nas últimas décadas do século XIX, trazida por médicos brasileiros que iam estudar na Europa, principalmente na França.

O discurso puericultor com seu conteúdo homogeneizador, vem com força desde o final do século XIX até os dias de hoje, e apresenta uma dicotomia enquanto movimento que incorpora e promove novas tecnologias e saberes no cuidado da criança, na busca da atenção integral à saúde, mas ao mesmo tempo, mantém seu caráter ideológico de controle social e sua limitação enquanto ação de promoção à saúde. Será incorporado pelas escolas médicas, pela sociedade e seus meios de comunicação e, como veremos adiante, como parte da programação em saúde adotada por instituições nacionais e internacionais e promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em seus projetos de diminuição da mortalidade infantil, bem como pelas políticas públicas de saúde no Brasil (NOVAES, 1979; MARQUES M.B., 1982; FREIRE, 1991; ZANOLLI, 1999).

A Pediatria:

O estabelecimento da Pediatria como prática médica e, portanto, como especialidade, surge também determinado pelo contexto histórico e na medida em que a inclusão social da criança e da infância vão se sucedendo dentro da sociedade e da importância que é dada a elas, portanto esse processo se dá de acordo com o modo como ele é apreendido e se transforma em prática.

No início, a concepção que a Medicina tem da criança é de um organismo fraco e deficiente, e as doenças, por isso, decorrentes desta característica, dando uma visão da infância como sendo em si uma doença a ser tratada, e a criança como um ser a se estimular para que se desenvolva. Entrariam os cuidados de higiene e o aleitamento materno contidos na Puericultura como elementos para intervir na alta morbi-mortalidade das crianças.

Logo os serviços de Puericultura serão os precursores do campo de prática clínica pediátrica, sendo os primeiros ambulatórios criados especificamente para crianças. O primeiro dispensário infantil foi criado por George Armstrong em 1767 e viria a se constituir no Children's Hospital de Londres, sendo dele os primeiros estudos elaborados sobre a prática da clínica infantil, "Ensaio sobre as doenças mais fatais para as crianças" e "Considerações sobre as doenças mais incidentes nas crianças do nascimento até a puberdade", baseados em suas observações clínicas (MENDES, R.T., 1996).

Demora um tempo, mais de um século, até surgir, em razão do desenvolvimento da clínica anatomopatológica e dos espaços para assistência à criança no século XVIII, uma forma de prática pediátrica, mas incorporada, ainda, à medicina dos adultos. Somente no século XIX, os métodos de ausculta e percussão no exame clínico de crianças foram aplicados nas clínicas infantis em Viena. O que leva a crer que os conhecimentos usados na clínica de adultos eram transpostos para a criança sem grandes adaptações. A Pediatria começa a distinguir-se como especialidade médica em resposta a uma crescente conscientização de que os problemas das crianças são de tipo diferente daqueles dos adultos e de que suas determinações bem como a reação das crianças diante deles variam com a idade; isto viria a se dar a partir de investigações de base científica voltadas a esses problemas.

A primeira correlação anatomo-clínica na investigação da patologia da criança foi feita por Billard (1800-1832), que, através da observação clínica e das alterações orgânicas identificadas em autópsias, começa a mudar o conceito da criança como um ser débil e susceptível e, ainda, da tendência a se generalizar ou expressar inespecificamente toda e qualquer alteração orgânica ou funcional. Por meio da publicação de seu “Tratado das Doenças dos Recém-Nascidos e Lactentes”, no qual apresenta textos sobre patologia infantil e suas correlações anatomo-clínicas, com o objetivo de localizar a doença, separando as alterações funcionais das que possuem comprovação anatomopatológica e relacionando uma normalidade orgânica da criança em relação à faixa etária sem o referencial do adulto (MENDES, R.T., 1996).

A partir da preocupação com a morbidade e mortalidade por diarréias e da noção do fator de proteção da boa alimentação e amamentação materna, as investigações que vão nortear os pediatras clínicos e cientistas serão nas áreas de nutrição, higiene, metabologia, função digestiva e de patógenos gastro-intestinais. As teorias gerais da patologia infantil prosseguem através dos estudos de Bichat e Broussais que, associados ao vitalismo francês e à fisiologia e bioquímica alemãs, começam a dar corpo teórico à Pediatria, passando a unificar na prática pediátrica as atribuições de prevenção e tratamento de doenças, combinando de forma produtiva esses conceitos com os de higiene física e mental, os relativos aos aspectos familiares, sócio-econômicos e ambientais e os relativos

às ciências médicas propriamente ditas (patologia, anatomia, fisiologia, bioquímica, imunologia, bacteriologia etc) (MENDES, R.T., 1996).

A constituição da Pediatria como especialidade enfrenta resistência por parte dos clínicos, e sua inserção no meio médico e nas universidades européias se dará paulatinamente, com a criação de serviços de Pediatria na Alemanha e Inglaterra e com a fundação de associações e sociedades de pediatras. Essa chega ao início do século XX com o seu ensino sendo pouco realizado dentro das universidades, estando mais centrado nos hospitais, clínicas e dispensários, onde esse ensino é dado aos médicos em busca de especialização. A Pediatria, precisa em primeiro lugar, demonstrar-se socialmente necessária, para depois se impor no interior das academias. Fato semelhante ocorre nos Estados Unidos e também no Brasil, como veremos adiante.

Das primeiras décadas até os dias de hoje, a Pediatria se consolida como especialidade, não mais como uma simples clínica de crianças, afirmando-se perante a sociedade médica, no particular, e na sociedade, em termos gerais. Aglutinando a Puericultura em sua prática, passa a incorporar os instrumentos da Higiene, usando os conceitos que fazem olhar a criança de modo integrado com o ambiente, a família e a sociedade. Esse conjunto dá a especificidade de uma disciplina que combina a prática da Clínica com uma doutrina maior de buscar a conservação das crianças.

Cabe aqui tecer algumas considerações sobre a prática pediátrica depois que ela atinge sua especificidade e ao que ela se propõe, ou seja, como objetiva seu trabalho e seu campo de atuação, usando a análise de alguns autores, entre tantos que se ocuparam dessa tarefa.

MARCONDES (1972) aponta a finalidade da criança como sendo de uma ordem social e ética, de realizar-se como ser humano, e a Pediatria, como sendo a medicina integral de um período de vida "*ela é universalidade e não especialidade*". Ressalta nesta universalidade, a necessidade de se ver a criança em todos os seus contextos sejam eles físicos, emocionais, ambientais e sociais.

MARQUES, A.N. (1986), coloca a Pediatria como uma só, não separando a Pediatria Clínica da Pediatria Preventiva ou Puericultura, atribuindo essa divisão a razões metodológicas, ou porque é exercida de maneiras distintas diante das diferenças sociais.

Para ORLANDI (1985), a criança, a infância e as questões relativas a elas devem ser estudadas, compreendidas e consideradas, respeitando-se as diferentes populações infantis, de acordo com a sua classe social e socialização. Não devendo ser vistas como coisa ou problema: *"as crianças não são um problema brasileiro; os problemas é que o são para as crianças brasileiras"* (pág.15).

MENDES, R.T. em seu trabalho de 1996, discute a constituição da especialidade pediátrica sob vários aspectos. Coloca a Pediatria e a Puericultura como duas linhas que se complementam na conformação de um objeto de prática, enquanto uma aborda a especificidade do organismo da criança em suas etapas de desenvolvimento, num modo de trabalho mais intrínseco à Medicina; a outra trabalha as estruturas de normatividade para a criança em uma dada formação social referindo-se, portanto, às determinações mais externas do modo de trabalho do pediatra, configurando, assim, a concepção de criança como objeto genérico idealizado e da infância como a época da vida de todos os homens de importância capital para o bem estar e a saúde, o que demandaria uma proteção especial. Mantendo como base a doutrina de conservação e estabelecendo como meta elevar as condições de vida e saúde das crianças, em geral, e dos pobres, em particular, estariam encobrendo, em sua prática, a característica marcante de atuar sobre a produção e reprodução da força de trabalho, de modo a reproduzir as próprias classes sociais, mesmo que tal característica não seja percebida pelo conjunto de seus profissionais.

Para cumprir essa missão de compreender a infância, proteger e cuidar da criança, afastá-la dos agravos à sua saúde e zelar por seu desenvolvimento, a Pediatria se estende e procura outros conjuntos de instrumentos, além da Clínica e da Higiene, para capacitá-la, indo buscar na pedagogia, na psicologia, na nutrição, na sociologia, na epidemiologia, entre outras ciências, o embasamento para sua prática. Com a preocupação de ter uma área de atuação ampla, buscando sempre a doutrina de conservação das crianças, procura estender seu espaço social de prática, avançando dentro de outras instituições que cuidam da criança, como a família, as creches, as escolas, e ocupando espaços de decisão sobre políticas de assistência à infância, definindo prioridades, a partir de sua visão de mundo e de sociedade.

Nos últimos 25 anos, a focalização e a extensão do campo da Pediatria têm sido continuamente revisadas e ampliadas, sendo que dois movimentos apontam esse fato e serão incorporados ao todo da especialidade: o crescimento da especialização dentro da Pediatria e o aparecimento de novas demandas ao seu campo de atuação; ambos surgem em função de preocupações específicas e emergentes, mas sempre relacionados à necessidade de conservação das crianças.

Os interesses por problemas específicos de grupos etários fazem surgir a neonatologia e a medicina dos adolescentes; as especificidades de certas patologias criam as especialidades de pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, imunologia, nefrologia, genética; entre outras; os interesses por modalidades de assistência levam às especialidades de tratamento intensivo e de urgências. Em convergência com o campo de atuação da Saúde Coletiva, surge a Pediatria Social como campo de prática, ensino, pesquisa dos aspectos individuais e coletivos da criança e de sua proteção social conforme ZANOLLI (1999), que traz para sua prática a formulação de políticas de saúde voltadas à infância.

Várias demandas acabam por produzir novos desafios à prática pediátrica, entre elas a necessidade de assistência às crianças deficientes e lesionadas, que encontram aliados na enfermagem, na psicologia, na terapia física e ocupacional, na fonoaudiologia e na educação especializada. O mesmo se dá no atendimento à criança vitimizada por alguma forma de violência ou abuso, seja ele físico, sexual ou emocional, violência esta que sempre existiu contra a criança, mas que, nos dias de hoje é alarmante em seus dados epidemiológicos, sendo nessa questão, o pediatra responsabilizado inclusive da comunicação às autoridades dos maus-tratos sofridos pela criança ou adolescente, segundo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o que antes de ser uma mera obrigação burocrática, torna o pediatra agente de uma nova concepção de cidadania da criança.

É certo que a Pediatria nasceu de uma necessidade da sociedade de cuidar das suas crianças e de garantir suas potencialidades e que o caminho percorrido por ela, até agora, é demonstrado, através da historicidade, como mantenedor dessa doutrina. O que se busca como meta encontrada no discurso da Pediatria atual, é a Assistência Integral à Saúde da Criança, mais um ideal do que uma real conformação de prática no cenário da saúde dos dias de hoje.

A PEDIATRIA NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE:

No Brasil, a constituição da Pediatria como especialidade caminha junto com o processo de construção das estruturas sanitárias e dos modelos organizacionais de atenção à saúde. Sua evolução histórica se associa às transformações sociais ocorridas, principalmente no século XX, na conformação dos serviços públicos de saúde, e os pediatras se mostram como atores importantes nesse processo, atuando como influenciadores ou mesmo como formuladores das políticas públicas na saúde. Procurar-se a mostrar essa relação e sua evolução a partir da análise dos fatos históricos e da relevância dos mesmos na construção dessa estrutura.

Partindo da referência de textos de vários autores, vai-se buscar analisar de forma simultânea, como se desenvolvem no Brasil a Pediatria, como especialidade e sua prática, as políticas de saúde materno-infantil e os projetos de saúde pública, até a implantação da proposta do Sistema Único de Saúde. Com isso pretende-se situar no desenrolar desse processo, como se pôde inserir nas políticas de saúde as questões pertinentes à saúde da criança e como estas influíram nas políticas públicas de saúde.

A prática pediátrica no Brasil surge do contato de médicos brasileiros com a Puericultura na Europa, aonde foram estudar, principalmente na França, nas últimas décadas do século XIX. Moncorvo de Figueiredo voltando de um período na França vai ministrar os primeiros cursos no Brasil sobre as doenças infantis na Policlínica Geral do Rio de Janeiro em agosto de 1882, e envia memorial ao governo imperial, pedindo a criação de cadeira de clínica infantil nas faculdades de medicina brasileiras, o que veio a ocorrer no mesmo ano. Esse memorial já contém a preocupação com a questão populacional, da mortalidade infantil e o abandono da infância. Apesar de não conseguir a cátedra da disciplina de Pediatria Médico-cirúrgica, ocupada por Barata Ribeiro, continua a ministrar seus cursos até sua morte em 1901, ocupando, assim, o posto de “pai da Pediatria Brasileira” (AGUIAR, 1996; TELLES, 1996).

A Pediatria, até o início do século, mantém um caráter filantrópico, com serviços de assistência e proteção à infância, voltados às crianças pobres e abandonadas; sua prática tem um discurso higienista e moralizador, mas demonstra uma aposta na

criança como objeto de transformação social, trazendo, na teoria e na prática a doutrina de conservação das crianças, mas já com o desenvolvimento da clínica experimental e com tecnologias de atendimento e assistência médica à criança carente. (MENDES R.T., 1996).

Nessa época, em consequência do advento da República e da necessidade de uma modernização social, o Estado passa a desenvolver estratégias de medidas higiênico-sanitárias, com projetos de saneamento, reforma urbana, combate às doenças epidêmicas e controle do ambiente e da comercialização de alimentos, iniciando, desse modo o envolvimento do Estado brasileiro nas condições de saúde da população, por meio de uma política de saúde.

São criados, primeiro em São Paulo e depois no Rio de Janeiro, institutos de pesquisa voltados às doenças infecciosas, incorporando aos serviços de então, uma prática sanitária centrada nas ações de polícia médica, com a preocupação de controlar as epidemias que vinham prejudicando as exportações de produções agrícolas, principalmente de café, então base da economia brasileira.

Em 1901 após a morte de seu pai, Moncorvo Filho funda o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro; em São Paulo, Clemente Ferreira em 1905, instala um serviço de exames de ama-de-leite, que dará origem em 1911, à Secção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas-de-Leite. No Rio de Janeiro, é criada por um filantropo, ainda em 1910, a Policlínica das Crianças, cujo primeiro diretor foi Fernandes Figueira, no mesmo ano, é fundada por ele a Sociedade Brasileira de Pediatria (ORLANDI, 1985).

As duas primeiras décadas do século XX mostram um aumento no interesse em torno da criança. Proliferam creches, jardins de infância, maternidades; são realizadas publicações, cursos e encontros sobre a infância, porém todas as iniciativas e serviços eram de origem filantrópica ou privada, com suas ações inspiradas em um modelo médico-higienista, com a puericultura na base de seu discurso.

Em relação à filantropia, que até então predomina na forma de assistência à infância, é importante destacar que essa se configura como a via pela qual o Estado liberal atende às demandas sociais, de modo a fazê-lo sem intervir diretamente, buscando superar as carências geradas pelo modo de produção capitalista. Essa assistência filantrópica à saúde da criança vai marcar profundamente as estruturas assistenciais e os modelos de atendimento médico, chegando até as práticas pediátricas desenvolvidas muitos anos após, em serviços públicos (MENDES R.T., 1996).

Em decorrência do incremento da industrialização e da produção agro-exportadora, há um crescimento dos centros urbanos, além da chegada de imigrantes italianos e espanhóis, que vinham para trabalhar, principalmente nas grandes fazendas cafeeiras e nas indústrias. As péssimas condições de vida encontradas aqui e o trabalho infantil insalubre e perigoso a que seus filhos estavam expostos acabam por os levar a uma revolta popular liderada pelos anarquistas, com a realização de várias greves, culminando com a greve geral de 1917 (PASSETTI, E. 1999).

Tal fato traz preocupações às classes média e rica da burguesia, que passam a cobrar do governo ações de auxílio aos necessitados. Em resposta, o governo procura reorganizar o Serviço de Saúde Pública, estabelece leis de ordem social, entre elas a regulamentação do trabalho da mulher grávida e da criança, a instalação de salas de amamentação para operárias nas fábricas, a organização das creches e dos serviços de ama-de-leite e a proibição da “roda de enfeitados”. Muitas dessas leis não vão se efetivar, principalmente as que envolvem conquistas nas questões trabalhistas.

Em 1918, Moncorvo Filho propõe a criação do Departamento Nacional da Criança, mas as autoridades públicas não se interessam pelo projeto e em 1919, ele cria de forma privada, no Instituto de Proteção e Assistência à Infância, esse departamento, que só será reconhecido pelo governo como de utilidade pública em 1920, e funciona até 1938.

Desde o século XVII até a década de 30 do século XX, a assistência social no Brasil sempre foi privada e antecipou-se às ações governamentais, como afirma ORLANDI (1985) somente a partir daí, que o Estado começa a se atribuir e assumir a proteção à infância, mas sempre com duas características que persistem até hoje: o Governo proclama sua importância, mas mostra a impossibilidade de arcar com ela pelas dificuldades financeiras em que se encontra.

Entre as décadas de 20 e 30, em São Paulo dentro de uma proposta de reforma sanitária idealizada por Geraldo de Paula Souza, com influência da concepção médico-sanitária americana, os Centros de Saúde começam a surgir como estrutura básica de ação sanitária, porém sem incorporar a assistência médica em suas atividades, ou ao fazê-lo, a mesma se dá de forma restrita ao controle de doenças epidemiologicamente importantes, desse modo centrando na educação sanitária sua prática prioritária. Com relação às práticas pediátricas, estas se restringem a consultas de puericultura, tratamento de verminoses, distribuição de leite e ações de vigilância e educação sanitária. Esses Centros de Saúde junto com os Postos de Puericultura, Dispensários e outros Serviços de Assistência Médico-Sanitários são concebidos como representações do Estado e da sociedade, da assistência social voltada à pobreza e não como um direito à saúde da população, atuando eventualmente como serviços sanitários (MERHY, 1985).

Com a Lei Eloi Chaves de 1923, é criada a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, à qual se seguiram outras Caixas e Institutos, que passam a oferecer assistência médica curativa, entre outras modalidades de assistência previdenciária, trazendo a concepção da assistência médica como um direito a ser garantido pela venda da força de trabalho em um mercado formal. Em virtude da incorporação da assistência médica pelos órgãos previdenciários, configura-se um processo de penetração do Estado no interior das instituições, com concentração de recursos e centralização decisória (BRAGA & PAULA, 1986; COHN, 1999).

Em 1940, é criado o Departamento Nacional da Criança (DNC), órgão federal que influencia de maneira favorável a política de assistência materno-infantil, com a criação e ampliação de serviços, com elaboração de programas de vacinação, pesquisas médicas e orientações técnicas a hospitais, maternidades e instituições médico-assistenciais voltadas à infância. Incorporou-se ao recém criado Ministério da Saúde em 1953, constituindo-se no órgão mais importante, a nível federal, de coordenação da proteção à maternidade e à infância. É destacado esse período, até a década de 1960, como sendo um dos mais importantes para o desenvolvimento da Pediatria brasileira, pelo crescimento que ela obtém enquanto especialidade, e também pela influência que a SBP tem na definição de políticas de saúde (AGUIAR, 1996).

Existia, nessa época, uma forte preocupação com as altas taxas de mortalidade infantil, assim sendo, a defesa da criança e da mãe, através da puericultura e da proteção à maternidade, ainda se mantém como estratégias para garantir a força de mão-de-obra para as atividades econômicas emergentes e para ocupação dos grandes espaços vazios, sendo o DNC o órgão de incorporação do saber médico e da sua aplicação na política estatal.

No pós guerra em 1948, é criada a Organização Mundial de Saúde, que se propõe a atuar como autoridade diretiva e coordenadora em assuntos de saúde internacional, marcando, junto com outras organizações criadas na época, uma nova etapa de integração do capitalismo mundial. Em 1949, firma acordo com a Organização Panamericana de Saúde, para desenvolver um programa único de saúde na América Latina, essas entidades exercem marcada influência nos programas de atenção materno-infantil até a atualidade (FREIRE, 1991).

De 1930 a 1960, o Estado brasileiro de face populista e nacionalista, com o projeto de incrementar uma ordem capitalista industrial, mantém as características institucionais previdenciárias na sua forma de conceder benefícios, e essa apresenta um crescimento qualitativo e quantitativo da assistência médica como resposta à demanda de seus usuários, ao mesmo tempo em que procura privilegiar o produtor privado de serviços de saúde, configurando-se como uma medicina voltada à manutenção e recuperação da força de trabalho efetiva. Enquanto isso, o Estado mantém a estrutura médico-sanitária com a sua assistência à saúde coletiva voltada às atividades higiênico-sanitárias de combate e controle das endemias e epidemias, medidas de saneamento ambiental, vigilância sanitária e epidemiológica, e a assistência médica como também outras ações desenvolvidas em centros de saúde, dispensários, postos de puericultura e etc, voltados à reprodução da força de trabalho, através da assistência materno-infantil, tentando, agora, também absorver os indivíduos que estão fora do mercado de trabalho, portanto sem direito previdenciário bem como aquela parcela da população totalmente destituída das condições mínimas de sobrevivência. O direito à saúde, portanto, estará vinculado à capacidade de inserção no mercado de trabalho, não se constituindo em um direito social decorrente da cidadania (DONNANGELO, 1975; MERHY, 1992).

O golpe de 1964 traz uma nova concepção da relação Estado/Sociedade e de cidadania, introduz o planejamento como instrumento de governo e a principal repercussão na saúde é a unificação das Caixas e Institutos Previdenciários em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, que estende os benefícios a todos os trabalhadores com vínculo empregatício, porém os mesmos são retirados de cena como atores na gestão desse sistema. O efeito principal dessa atitude é o incremento do perfil assistencialista da Previdência Social, com um estímulo à prática médica individual, curativa, medicalizante e hospitalar, o que leva a uma concentração maior de recursos para essa modalidade de assistência, por meio de repasse ao setor privado, mediante compra de serviços, propiciando a expansão da medicina empresarial e do setor contratado. Ocorre, em consequência disso, uma contração de recursos às políticas sociais, e uma decorrente diminuição da importância das ações médico-sanitárias e conseqüente prejuízo para as atividades relacionadas à saúde pública (OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F., 1989).

Em meados da década de 1960, a ênfase na assistência à infância decresce, e em 1967, a convivência de pediatras vinculados à SBP com a esfera governamental responsável pelas políticas de saúde sofre uma ruptura, sendo o antigo DNC reduzido a Divisão Materno-Infantil, ocasionado uma perda da influência desses pediatras na formulação e estruturação dos serviços voltados à infância. Essa ruptura com o Ministério da Saúde persiste até 1982/83.

Concomitantemente passa a existir uma política de contenção da natalidade, cuja finalidade é evitar uma temida explosão demográfica, com campanhas de planejamento familiar, inicialmente realizadas por entidades privadas estrangeiras e, depois, por entidades nacionais, sendo a de maior vulto a BEMFAM – Sociedade Civil para o Bem Estar da Família, essa política permanece até a década de 70 (CANESQUI, 1987).

Enquanto isso, a OMS e a OPAS, preocupadas com a mortalidade infantil nos países do terceiro mundo e em particular na América Latina, começam a atuar através de diretrizes. Por um lado apontam as soluções pelo uso de mecanismos de planejamento organizacional e racionalizador, calcados em soluções tecnológicas e operacionais, dos quais se destaca o método CENDES-OPS que representou a primeira proposta

sistematizada para o planejamento em saúde com base no planejamento normativo, centrado na idéia de eficiência na administração de recursos. Por outro lado, com um discurso que, embora aponte as questões sociais como determinantes na causalidade das doenças, traz como ações propostas as mesmas da puericultura, que já foram descritas, com a normatização, homogeneização e uniformização (MERHY, 1995; FREIRE, 1991).

A piora da conjuntura socioeconômica, a partir de 1970, e o aumento dos gastos no modelo de atenção à saúde calcado na assistência médica previdenciária que exclui amplos segmentos, além de oneroso, não consegue alcançar as necessidades reais da população, e acaba por ocasionar uma deterioração do quadro geral da saúde, identificado por uma piora dos indicadores de saúde, levam o governo, por sua vez, a buscar medidas racionalizadoras por meio da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) concentrando toda a assistência médica na Previdência Social. Cria, como estratégias de extensão de cobertura, dois planos de ação: o Plano de Pronta Ação (PPA) do MPAS, que busca responder a uma demanda represada do acesso ao atendimento médico através da articulação de todos os serviços de assistência médica em torno do padrão assistencial previdenciário, assim como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de responsabilidade do MS, que buscava ampliar a assistência médico-sanitária pública em pequenos municípios e que se transforma no marco inicial na estratégia de extensão de cobertura dos serviços de saúde, influenciando nas estruturas públicas estaduais e municipais de saúde, agindo desde a organização das secretarias até a implantação e funcionamento das unidades prestadoras de serviços, num novo desenho da estrutura médico-sanitária brasileira (MENDES E.V., 1999).

Em decorrência da criação do Sistema Nacional de Saúde e das recomendações da V Conferência Nacional da Saúde, é elaborado o Programa de Assistência à Criança (PAC) em 1976, sob a influência dos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária.

Logo após, em 1978, a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata (URSS), reconhecendo a enorme desigualdade social nos países em desenvolvimento e revivendo as propostas da Medicina Comunitária, propõe uma nova

modelagem para a assistência à saúde com a proposição de um novo paradigma, a dos cuidados primários básicos de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, dentro de um sistema de saúde que siga um modelo ideal de organização, gerando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos quais se destaca, entre outros, a atenção materno-infantil, incluindo aí o planejamento familiar, imunização contra doenças infecciosas e educação em saúde, servindo tais parâmetros de balizamento para diversos programas e modelos assistenciais futuros.

No Estado de São Paulo, em uma reforma administrativa na Secretaria da Saúde iniciada em 1968, baseada na metodologia CENDES-OPS e com enfoque na questão materno-infantil, busca-se transformar os Postos de Puericultura e antigos Dispensários existentes em Centros de Saúde sem, no entanto, mudar o perfil tecno-assistencial dessas unidades. Somente em 1976 baseado no PAC e na vertente do Modelo Programação em Saúde, se dá uma nova orientação ao modelo, mas esse na verdade não consegue superar antigas conformações de trabalho e resulta em um atendimento público racionalizador e burocrático.

É nessa configuração que o médico pediatra vai se inserir em um campo de trabalho onde sua prática é mais exercida, ou seja, em Centros de Saúde. Em um dos poucos estudos sobre o modo de trabalho em Centros de Saúde, TANAKA (1982), no seu estudo de avaliação do Programa de Assistência à Infância da Secretaria de Saúde de São Paulo, entre 1977 e 1980, mostra uma baixa cobertura do total de crianças das regiões avaliadas e com concentração de consultas abaixo do 1º ano de vida, com atendimentos qualitativamente pouco eficazes, mesmo dentro das ações programáticas esperadas no programa. MENDES R.T. (1996), em sua pesquisa, que analisa o processo de trabalho de médicos pediatras em Centros de Saúde, aponta a época como sendo determinante na conformação desse processo, mostrando a ascensão do Pronto-Atendimento como padrão assistencial da rede, e a prática de puericultura sendo assumida por outros profissionais (enfermagem), ao mesmo tempo em que o espaço do Centro de Saúde se torna antes de tudo um serviço assistencialista, perdendo a dimensão de integralidade de suas ações de saúde.

A crise previdenciária, gerada desde sua origem e acentuada pela dicotomia cada vez maior entre a saúde pública voltada às medidas sanitárias campanhistas bem como ações educativas e assistenciais; e o atendimento previdenciário dirigido à força de trabalho produtivo; a despeito das reformas que tentaram contorná-la, agudiza-se. Dentro de um processo de redemocratização da sociedade e de intensa politização da questão da saúde, ocorre uma reação organizada da sociedade e dos profissionais da saúde em torno de uma Reforma Sanitária. Com o aparecimento de propostas alternativas e a participação de técnicos do setor saúde, surge a formulação da proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), cujo objetivo é contemplar a expansão da cobertura, com uma atuação visando a regionalização do sistema de saúde, hierarquização dos serviços conforme sua complexidade, adscrição da clientela e a criação de um sistema de auditoria, tendo como objetivo final a integração das ações de saúde, mas esse acaba por se restringir a mais uma proposta racionalizadora do modelo vigente.

Originando-se no PREV-Saúde e dando continuidade a projetos reformistas, foi proposto pelo então CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), que buscava o reordenamento do setor saúde, através da universalização do atendimento, da equidade do cuidado e da integração das ações, incorporando a assistência individual curativa aos serviços básicos de saúde, com o objetivo de dar assistência integral a toda população. Os princípios que norteavam o PAIS são vistos como um avanço no processo de integração e articulação das instituições públicas, além de uma descentralização no planejamento e administração dos serviços. Em relação ao plano materno-infantil o PAIS incluía o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado no MS em 1984, focalizando os menores de 5 anos, com ações de monitorização do crescimento, estímulo ao aleitamento materno, controle de doenças diarreicas e respiratórias agudas e combate às doenças nutricionais. No Estado de São Paulo, além dessas ações, previa-se a atenção a grupos etários em especial, como recém-nascidos, lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes.

Esse processo abriu caminho para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, reconhecida como um dos eventos políticos sanitários mais importantes da história da saúde pública por seu caráter democrático e pelo amplo processo social que se estabeleceu através do debate na sociedade civil em torno da questão saúde. Como resultado central, houve o consenso em torno de três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado bem com a instituição de um Sistema Único de Saúde; com a defesa, pelo movimento da Reforma Sanitária, de uma reorientação dos modelos assistenciais para se alcançar o atendimento universal, de forma integral e eficiente socialmente (CAMPOS, 1992a).

Como resultado prático, em 1987, o governo propõe a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), que incorpora os princípios básicos da Reforma Sanitária de universalidade, equidade, e integralidade, avançando no processo de estadualização e municipalização da saúde e desmonte do INAMPS como estrutura assistencial de saúde, porém, no final se configura apenas como mais uma reforma administrativa, sem se constituir na implantação de um novo Sistema de Saúde.

A Assembléia Nacional Constituinte de 1988, mantendo a dinâmica de debate em torno da questão saúde, agora com a participação de vários atores com perspectivas diversas, resultou, resultou no que se refere a essa questão, em um acordo possível, em um texto defendido por parlamentares apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária. A Constituição, então redigida, incorpora novos conceitos e princípios assim entendidos: conceito de saúde como direito universal derivado da cidadania; os serviços públicos como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde descentralizado e destinado ao atendimento integral à saúde e à participação da comunidade na gestão e controle social.

São elaboradas em 1989/90 as leis 8.080 e 8.142, criadas para regulamentação do SUS; são as Leis Orgânicas da Saúde, em parte vetadas pelo então Presidente Fernando Collor, para depois serem resgatadas, principalmente no que se concerne à questão da participação social e transferência de recursos financeiros.

Nasce assim o Sistema Único de Saúde baseado em princípios definidos como: democrático, universal, regionalizado, hierarquizado, com resolutividade e participação social; cujos os objetivos finais são dar assistência à população em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com eficácia e eficiência. Para tanto, sua estratégia deveria ter os mesmos preceitos organizativos em todo o território nacional, em suas esferas de governo: federal, estadual e municipal, mas com a sua estrutura básica calcada na municipalização de seus serviços.

Em 1990, o Brasil participa da Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, sendo signatário, juntamente com mais 158 países, da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, em que são elaboradas metas, a maioria na área da saúde, a serem atingidas até o ano 2000. No mesmo ano, é criado sob forma de lei o Estatuto da Criança, no qual é garantido no seu Capítulo I, o direito da infância brasileira a uma assistência médica integral através do SUS, com vistas à promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Entretanto, o que persiste na prática na assistência à infância é basicamente a proposta do PAISC e pouco se avança na estruturação dos serviços voltados a mesma.

Ao chegarmos a um novo milênio, a realidade que encontramos no SUS e na assistência à infância brasileira é ainda bem distante do almejado por todos aqueles que compartilham do ideário de uma saúde que seja capaz de superar o abismo do descaso que a população brasileira enfrenta por parte daqueles que a representam.



CAPÍTULO II:
A Fundação de Assistência a
Infância de Santo André

HISTÓRICO:

“A Fundação de Assistência à Infância de Santo André foi criada por Lei Municipal nº 2.600, aprovada pela Câmara e promulgada em 23 de dezembro de 1966 pelo então Prefeito Municipal, Sr. Fioravante Zampol. Neste mesmo dia inaugurou-se o Centro de Assistência à Infância (CAI), cujo prédio foi construído pelo Lions Clube de Santo André – Centro, com o auxílio da comunidade e dos Poderes Públicos Municipais (Executivo e Legislativo). Essa construção, em terreno de propriedade da Prefeitura, veio ao encontro da aspiração do Lions Clube Santo André – Centro, no sentido de dotar a cidade de uma obra de caráter permanente, com vistas à assistência à infância” (FAISA, 1987).

Oficialmente, assim começa a história da FAISA, mas vamos nos reportar a um período anterior, quando em 1963, um grupo de cidadãos de Santo André (SP), filiados a uma associação conhecida como Lions Club de Santo André – Centro, procura a Prefeitura Municipal de Santo André com a proposta de construir uma edificação que posteriormente seria doada para a municipalidade e onde se pudesse desenvolver atividades relacionadas à assistência à saúde da população infantil da cidade. Após 3 anos, com verbas obtidas de eventos filantrópicos junto à comunidade e de doações de indústrias da região, foi finalizada e entregue a obra para tal finalidade. A idéia da Prefeitura era criar um serviço de Puericultura para funcionar na região central da cidade e propõe ao grupo do Lions que este assumia a direção desse serviço.

Mas ao constatar as precárias condições de assistência à infância no município, o grupo não aceita somente a direção do novo serviço e decide propor à Prefeitura assumir a incumbência da assistência de todo o município. O prefeito se declara incapaz de garantir a assistência com os recursos de que dispunha e aceita a transferência dessa incumbência ao grupo do Lions; ocorre, assim, a criação de uma entidade que viria a assumir a total assistência à saúde da infância, desvinculando-a da administração pública direta, conforme encontramos no texto abaixo.

“Em 1966, os recursos de que Santo André dispunha para prestar assistência à infância, no campo da medicina social, eram constituídos por um Serviço de Reidratação no Hospital Municipal e por onze Postos de Puericultura: os recursos materiais e humanos aplicados no setor eram insuficientes, não somente para a conservação do patrimônio como para uma eficiente assistência à população infantil. A escassez de recursos impedia uma melhor coordenação, com reflexos negativos sobre os resultados. O encaminhamento para Hospitais da Capital era a solução freqüentemente encontrada para suprir a falta de meios.

Santo André, um município dos mais pujantes do país, a caminho da sua afirmação, voltou então suas atenções para as suas 85.000 crianças e decidiu enfrentar a tarefa de proporcionar a elas o amparo e a assistência a que fazem jus.

A solução encontrada foi a criação de uma Fundação – a FAISA – que, amparada pelo Poder Público Municipal, autônoma em sua atuação, pudesse transformar em realidade a meta traçada pelo Executivo Municipal: crianças mais sadias em Santo André” (FAISA, 1987).

Nasce, assim, a idéia de uma fundação filantrópica, com propósito definido de melhorar a assistência à infância no município ocupando aquele que deveria ser o espaço institucional do Estado.

Para desenvolver esse projeto, é instituído um Conselho de Curadores e uma Superintendência, constituídos da seguinte maneira:

“Inicialmente o Conselho de Curadores era integrado por nove membros, cinco dos quais representantes do Lions Clube Santo André – Centro, três da Prefeitura Municipal e um da Câmara Municipal de Santo André. Em 1969, uma Lei Municipal complementar alterou a composição do conselho que passou a contar com onze curadores, aumentando a representação da Prefeitura para cinco membros.

Estatutariamente, compete ao Conselho de Curadores, que é um órgão de deliberação coletiva, planejar, coordenar e controlar o funcionamento das atividades da entidade, cabendo ao Presidente, eleito entre os curadores, a execução da política administrativa do Conselho.

Como órgão de direção intermediária, a FAISA conta, em sua estrutura, com uma Superintendência, que subordinada à Presidência, comanda, dirige e supervisiona diretamente todos os Setores Administrativos e Técnicos que integram a Instituição”(FAISA, 1987).

A estruturação administrativa da FAISA foi realizada através da atuação de um Conselho de Assesores destinado a criar os departamentos administrativos, bem como os setores de manutenção, transporte e de suporte, compostos por técnicos cedidos por grandes empresas da região, sem ônus para a entidade, sendo a mesma realizada através de um caráter empresarial e de planejamento, configurando-se como um conselho de assessoria para o Conselho de Curadores.

A superintendência da FAISA é entregue à Profª. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi, então Professora Livre-Docente da Universidade de São Paulo. A Profª. Dra. vinha do conceituado serviço de assistência materno-infantil da Clínica Infantil do Ipiranga, dirigida pelo emérito pediatra Dr. Gomes de Mattos, e do Hospital da Cruz Vermelha, onde desenvolveu a residência médica em Pediatria, ambos os serviços situados em São Paulo e, posteriormente, assumiu o cargo de Professora Titular de Pediatria do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC (FUABC). Portanto, trazia em sua vivência profissional uma grande experiência em assistência, planejamento e administração de serviços médicos, e a ela coube a reformulação dos serviços já existentes bem como a estruturação e criação dos novos serviços médicos, e ainda a elaboração do modelo a ser praticado na FAISA.

A Fundação de Assistência à Infância de Santo André é então criada em Lei Municipal nº 2.600, em 23 de dezembro de 1966, no mesmo dia em que é entregue o prédio aonde viria a funcionar o Centro de Assistência à Infância (CAI), com a competência de:

- *instituir, manter e administrar o Centro de Assistência à Infância;*
- *criar outros órgãos e serviços de assistência à infância;*
- *manter e administrar os órgãos e serviços criados e outros que viessem a se incorporar à Fundação (FAISA, 1987).*

Em convênio celebrado com a Prefeitura Municipal de Santo André, em abril de 1967, estabeleceu-se:

- *que os serviços de assistência à infância, então sob a administração direta da Prefeitura, passassem à administração da Fundação;*
- *que a manutenção dos serviços existentes e dos que viessem a ser instalados para os mesmos fins fosse atendida através de dotação anual da Prefeitura, independente de recursos a serem obtidos de outras fontes;*
- *que a Fundação assumisse inteira responsabilidade pela prestação de serviços médico-assistenciais à população infantil do Município (FAISA, 1987).*

Nasce aí uma entidade com personalidade jurídica própria, de fins não lucrativos, dirigida por um Conselho de Curadores, com autonomia administrativa e dispondo de meios para sua manutenção, e que passa a desenvolver suas atividades, a partir de 1º de junho de 1967, com a seguinte meta:

“execução de um programa de assistência à criança, cuja meta se constitui na melhoria do nível de saúde da população materno-infantil do Município de Santo André, sem discriminação de raça, cor, sexo e mesmo de condição sócio-econômica-cultural familiar”
(FAISA, 1987)

Nos primeiros 10 anos de existência, a FAISA se expande tanto em serviços quanto na cobertura da assistência à infância, passando de 15% a 88% das crianças estimadas de Santo André efetivamente matriculadas em seus serviços, com vários índices de saúde demonstrando a qualidade de seu atendimento.

Em 1973, é firmado um “Acordo de Cooperação Mútua” entre a FAISA e a Faculdade de Medicina da Fundação do ABC para que o ensino de Pediatria dessa entidade de ensino se realize nas dependências da FAISA em seus vários níveis; graduação, internato e residência, sendo que em 1976 a FAISA é credenciada e a Programação de Residência reconhecida pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Dessa integração, resultam ainda as criações de ambulatórios de especialidades de Genética Médica e Clínica Cirúrgica Pediátrica.

Ainda como resultado dessa parceria em 1976 é elaborado um Projeto Docente-Assistencial, apresentado à Organização Pan-americana de Saúde pelo Dr. Carlos Vicente Serrano, então representante da entidade no Brasil e patrocinado pela Fundação Kellogg’s, através de uma dotação orçamentária, que permite que sejam criados 12 consultórios de higiene pré-natal em postos da FAISA. Esta passa, assim, a ter um programa de saúde materna, ampliando sua atuação, passando a um modelo de atenção à saúde materno-infantil.

Até 1985 a FAISA atinge seu período de maior crescimento, expande-se e chega ao ápice tanto em termos de estrutura como de atendimento. No período de 1978 a 1986, passa por diversas crises decorrentes de aspectos de ordem política no município, sendo várias vezes alvo de tentativas de desestabilização, com desdobramentos na questão orçamentária e financeira, crises que, de certa forma, impediram sua expansão e até mesmo comprometeram seu funcionamento, porém consegue superá-las e chega aos 20 anos de existência como uma das maiores e mais proficuas entidades de assistência à saúde no país, reconhecida nacional e internacionalmente.

Nos anos seguintes, a FAISA passará por diversas transformações determinadas pela necessidade de uma maior atuação da Prefeitura Municipal de Santo André no seu gerenciamento.

No período de 1989 a 1992, com a eleição de um novo governo no município, muda-se a visão que se tem da FAISA, ao se constatar que existem duas redes paralelas atuando na saúde no município. Começa uma discussão em torno de duas questões: a primeira diz respeito ao fato da FAISA ser de direito público e não privado; e a segunda, de que seria um empecilho para a implantação do SUS, visto que sua assistência se volta a apenas crianças e gestantes, e que a necessidade de atender outras parcelas da população apontam para a transformação de suas unidades em unidades básicas de saúde com atendimento integral a toda população. Há uma resistência por parte do quadro da FAISA e um movimento contrário a essa alteração de seu funcionamento, de tal forma que só se consegue que sejam atendidos adultos no 3º período, ou seja, no final da tarde e à noite, em apenas cinco unidades.

De 1993 a 1996, pouco se avançou nas transformações, mas em 1997, volta a administração anterior constatando a persistência de duas administrações na mesma estrutura. Para conduzir essa questão, é colocada na diretoria superintendente da FAISA a mesma pessoa que vai assumir o Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde, com o intuito de dar um comando único às duas entidades, ao mesmo tempo em que o Secretário de Saúde assume a Presidência da Curadoria da FAISA.

Em 1998, ocorre uma reforma na Secretaria de Saúde, sendo transformado o Departamento de Saúde Coletiva em Departamento de Atenção Ambulatorial, cuja função é coordenar a rede básica e o pronto-atendimento, e a FAISA passa a responder a este departamento. Mantém sua estrutura, mas perde muito da organização que outrora tivera enquanto fora autônoma. Recentemente, já em 2001, perde o status de entidade filantrópica, não sendo reconhecida como tal pelo governo federal, perdendo assim estímulos financeiros tais como redução de impostos.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

Aqui se procurará dar uma visão de como, nestes 20 anos em que a FAISA está sendo analisada, essa instituição se desenvolve e se organiza, até se configurar como um sistema de saúde. Uma noção global de suas estruturas médico-sanitárias e administrativas pode ser obtida a partir da observação de seu organograma (ANEXO 7), mas se buscará dar uma visão mais detalhada ao descrever cada um de seus principais serviços.

Postos de Puericultura e Pediatria:

Desde o início, os Postos de Puericultura e Pediatria da FAISA tiveram prioridade em relação às suas atividades, de acordo com o modelo de atenção à saúde adotado pela instituição.

Dos onze postos que integravam a rede ambulatorial inicial, dez já funcionavam sob administração direta da Prefeitura Municipal, seis dos quais em casas alugadas, sem a necessária adequação ao atendimento que neles se desenvolvia, e todos em precárias condições de manutenção. Mais uma unidade foi montada no Centro de Assistência à Infância (CAI), posteriormente transferida para prédio próprio.

Nos primeiros anos houve reformas das instalações e de seus equipamentos, bem como transferência de vários postos para prédios novos com melhores condições de funcionamento.

Gradualmente foram sendo construídos novos prédios, tanto para substituição dos antigos, como para a instalação de novos postos, chegando a um total de 19, ao final dos dez primeiros anos, sendo esta a fase de maior expansão da rede.

Nos anos seguintes, seguiram as ampliações, as reformas e a construção de novas unidades, perfazendo, ao final de 20 anos um total de 21 postos.

A construção dos novos prédios, apesar de algumas diferenças arquitetônicas, seguia planta física elaborada e padronizada, visando facilitar o acesso e o fluxo dos pacientes bem como boas condições de ventilação e iluminação, ou seja, planejados para o atendimento da população.

A distribuição dos postos pela cidade seguia critérios populacionais e de acesso por região, sendo a grande maioria situada em bairros periféricos, com praticamente todo o município coberto pela rede de postos, o que pode ser visto através do mapa do município e da distribuição das unidades nele (ANEXO 8).

Serviços de urgência:

Com o início das atividades do CAI, em 1º de junho de 1967, na região central, iniciou-se também o Serviço de Atendimento Contínuo (SAC), funcionando como pronto-socorro central e, concomitantemente, no 2º Sub-Distrito de Santo André, é inaugurado o Serviço de Emergência de Santa Terezinha (SEST), juntos, e sem interrupção nas 24 horas do dia, prestam pronto atendimento aos casos de urgência e emergência, bem como procedimentos como pequenas cirurgias, imobilizações e medicação. Quando necessária a internação, os pacientes sem direito à Previdência Social eram internados na Unidade Hospitalar da FAISA com prioridade absoluta, sendo esse o único hospital do município a internar tais pacientes; aqueles que, por sua vez, tinham direito à assistência pelo então INAMPS eram encaminhados aos Hospitais da região credenciados pelo instituto; e, finalmente, os pacientes filhos de funcionários de firmas com convênio eram encaminhados aos hospitais conveniados.

A partir de 1986, mais uma unidade de Serviço de Urgência foi implantada junto ao Hospital Infantil da FAISA, em Vila Luzita, região periférica de alta densidade populacional.

A dimensão dos serviços de urgência pode ser medida através dos números de atendimentos, que passaram de 18 mil, em 1967, a cerca de 110 mil em 1986, sendo que esse número se manteve aproximadamente estável nos últimos cinco anos do período apontado (1982 a 86), apesar do crescimento populacional nesses anos, o que demonstra a eficácia da rede de postos em absorver parte do atendimento das patologias de urgência. Outro número que demonstra a eficácia dos serviços de urgência é o número de crianças encaminhadas para internação nos hospitais conveniados com o INAMPS: nos primeiros 20 anos, foram 35.231, o que corresponde a 78,6% das 44.796 crianças que necessitaram internação, com diagnóstico clínico firmado, muitas vezes confirmado com exames complementares, e todas transportadas pelas ambulâncias da própria FAISA.

Unidade hospitalar:

A primeira unidade hospitalar da FAISA, o Serviço de Emergência de Santa Terezinha, foi instalada em prédio da Prefeitura, onde iniciou suas atividades em 1º de junho de 1967, junto com o pronto-atendimento, com 20 leitos para internações de patologias clínicas de urgência, pois a unidade não contava com recursos hospitalares como centro cirúrgico. Após ampliação e reforma em 1968, passou a ter 40 leitos e 50 leitos em 1970.

Em 1974, com a vigência da epidemia de meningite meningocócica no estado de São Paulo, o SEST foi transformado em hospital de isolamento, com ampliação de sua capacidade aumentada para 70 leitos, sendo que, no período de 24 de junho de 1974 a 9 de janeiro de 1975, foram internadas e tratadas mais de 900 crianças com meningite meningocócica. Neste período, a FAISA instalou emergencialmente uma enfermaria provisória de 42 leitos no Hospital Municipal de Santo André, para fins de internação de crianças sem direito previdenciário.

As condições pouco favoráveis da planta física do SEST levaram à aspiração de ter uma unidade hospitalar mais adequada. Em novembro de 1982, com a transferência para o prédio do ex-Centro Infantil de Vila Luzita, desativado um ano antes, foi possível a criação de um Hospital Infantil, com ampliação da capacidade de internação para 100 leitos e com planos a implantação de serviços de radiologia e laboratório e a implantação de um Centro Cirúrgico.

Mesmo com as limitações descritas, no período estudado foram realizadas no SEST e no Hospital Infantil de Vila Luzita 27.739 internações, totalizando 289.046 pacientes/dia, com bons índices de avaliação, como tempo de permanência, percentagem de ocupação e coeficiente de mortalidade hospitalar.

Serviços Médicos Complementares e Especializados:

Desde o planejamento inicial, foram previstos e realizados de acordo com os recursos disponíveis, os serviços médicos auxiliares e especializados, que davam ao mesmo tempo suporte à rede básica, e uma estrutura de ambulatórios de atenção secundária em áreas de especialidades pediátricas. Localizados no prédio do CAI, na região central de

Santo André, de fácil acesso à população, com estrutura adequada para seu funcionamento, sendo o encaminhamento para consultas especializadas feitas pelos postos onde a criança era atendida.

Laboratório de Análises Clínicas:

Com início de funcionamento em fevereiro de 1968, no decorrer do período, foi aparelhado para suprir a rede de Postos, serviços de urgência e unidade hospitalar de uma rotina laboratorial, com uma diversificação de exames laboratoriais adequada para a confirmação diagnóstica e acompanhamento das crianças atendidas na FAISA.

Em 1986, a média mensal de análises clínicas era cerca de 5.500 exames realizados com boa qualidade técnica e com rapidez na entrega dos resultados, a mesma sendo feita através do serviço de transporte próprio de que se dispunha.

Serviço de Radiologia:

Montado em 1968, com a doação de um aparelho de RX de 500mA pela cidade de Chicago - EUA, realizava exames radiológicos atendendo aos requisitos de diagnóstico radiológico necessários para a prática clínica pediátrica. Demonstrando a evolução do serviço, de 1.595 exames realizados em 1969, chegou a 8.301 em 1986.

Serviço de Oftalmologia:

O serviço de oftalmologia teve início em 1968, também com equipamento recebido por doação específica do Lions Clube de Santo André – Centro, que mantinha, ainda, a Campanha da Boa Visão, programa de oftalmologia preventiva, no qual era realizado teste oftalmológico em escolares da primeira série do ensino básico de todas as escolas de Santo André, por meio do teste de triagem de Snellen. Posteriormente, os casos triados eram convocados para consulta oftalmológica e, após o diagnóstico, se necessário o uso de lentes corretoras de deficiência visual, os óculos eram fornecidos às crianças que comprovadamente não tinham condições socioeconômicas de adquiri-los. Esse programa atendia cerca de 15.000 escolares, na idade entre 7 a 8 anos, dentre os quais era constatado cerca de 25 a 30% de casos de deficiência visual, sendo essas crianças acompanhadas pelo serviço até os 12 anos de idade, com revisões periódicas.

Em dezembro de 1985, é inaugurado um segundo consultório na Posto do Parque das Nações, no 2º Subdistrito. Afora o atendimento programático da Campanha da Boa Visão, o Serviço de Oftalmologia atendia a todos os casos encaminhados pelos demais serviços médico-assistenciais, através de solicitação dos pediatras, também com fornecimento de óculos quando necessário. No período de 1968 a 1986, foram realizados 95.151 atendimentos, com doação de óculos para 25.016 crianças.

Serviço de Ortóptica:

Após o início das atividades do Serviço de Oftalmologia, tornou-se necessária a complementação terapêutica de um serviço de Ortóptica e, através de doação do Lions Clube Santo André – Centro, o mesmo foi instalado em outubro de 1969, serviço este que, até 1986, fez 38.487 atendimentos.

Serviço de Otorrinolaringologia:

Funcionando no CAI desde 1967, tal serviço atendia às crianças encaminhadas pelos pediatras, sendo as intervenções cirúrgicas de crianças sem direito previdenciário realizadas nos primeiros anos na Unidade Hospitalar da FAISA e, depois de 1974 no Hospital Municipal de Santo André, onde havia melhores condições.

Serviço de Odontologia:

O atendimento odontológico foi iniciado junto com as atividades da FAISA em 1967, tendo apenas um consultório montado pela Prefeitura Municipal em um dos postos. Com planos de expansão, por ser considerado um dos atendimentos prioritários do modelo, é colocada na planta padronizada dos postos a serem construídos, uma sala para os futuros consultórios odontológicos. Entretanto, a disponibilidade de recursos não permitiu essa expansão, restringindo a implantação de novos serviços.

Mesmo assim, em 1967, é instalado um segundo consultório no CAI, em 1973, em mais um posto e, em 1977, mais duas unidades, totalizando cinco consultórios até o final do período estudado, porém com previsão de mais cinco consultórios a serem instalados em postos no decorrer de 1987.

Serviço de Alergia Respiratória:

Devido à alta prevalência na região de crianças com doenças respiratórias em especial asma brônquica, é criado em 1970 esse serviço, um dos pioneiros a desenvolverem uma abordagem especializada.

O serviço conta com profissionais médicos e fisioterapeutas especializados no atendimento a essas patologias, onde as crianças recebem todo o tratamento global, bem como orientações, com atividades educativas para a família conhecer os cuidados necessários para controle e profilaxia da doença.

Com aproximadamente 5.000 crianças registradas em seu serviço, atuando em prédio próprio, esse setor, além do atendimento que presta, desenvolveu vários trabalhos de pesquisa publicados e apresentados em congressos, sendo um deles premiado pela Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Ambulatório de Cardiologia Pediátrica:

Instalado no CAI em 1979, através de um convênio com um serviço de cardiologia de São Paulo, para onde eram encaminhados os casos cirúrgicos e de maior complexidade, a partir de 1984, passou a funcionar com um especialista contratado pela FAISA, que atende diariamente os casos encaminhados pela rede.

Ambulatórios de Genética Clínica, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia Infanto-Puberal, Neurologia Pediátrica, Hematologia Pediátrica, Ortopedia e Traumatologia e PAMPA (Programa de Assistência Médico-Psicossocial a Adolescentes):

Esses serviços de especialidades funcionam no CAI pela atuação dos docentes da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, resultado de convênio firmado entre as duas entidades, sendo instalados no período de 1974 a 1985. Além do atendimento que prestam aos casos encaminhados, servem de campo de estágio aos alunos e residentes dessa entidade de ensino. Destaque é dado ao PAMPA, programa pioneiro na área de atuação ao adolescente e referência nacional de serviço.

Serviço de Psicologia:

Serviço especializado, funcionando desde o final de 1986, atua tanto no aspecto curativo quanto preventivo, dando suporte à rede em um campo de atuação extremamente necessário.

Serviço Médico em Creches:

Atendendo à solicitação da Federação de Entidades Assistenciais de Santo André – FEASA -, desde 1972, a FAISA presta assistência médica às crianças atendidas pelas creches das entidades filiadas.

O Serviço Médico de Creches mantém assistência global a essas crianças, com cuidados de medicina preventiva e curativa, garantindo, assim, às mães que trabalham, a possibilidade de seus filhos terem acompanhamento médico, sendo o mesmo efetuado nas creches. O serviço foi estruturado conjuntamente com o serviço social da FAISA, sendo estabelecidos requisitos mínimos a serem observados pelas entidades no atendimento às crianças que acolhem.

Centro Infantil de Vila Luzita:

Em 1968, uma pesquisa realizada sobre condições socioeconômicas da população atendida na FAISA, abrangendo 9.406 famílias, revelou que 80% dessa população não dispunha do mínimo indispensável para manutenção do grupo familiar, em termos das necessidades básicas, e que somente 10% das mães trabalhavam dentro ou fora do lar e tinham renda.

Pensando nessa questão, a Direção da FAISA chegou à conclusão de que para melhoria do nível de vida dessa parcela da população, em curto prazo, seria necessário cuidar das crianças para que as mães pudessem trabalhar e, com sua remuneração, ajudar na manutenção da família.

Assim, nasce o plano de construção de Centros Infantis Distritais, periféricamente situados, destinados a abrigar, durante o dia, crianças de dois meses a seis anos de idade, contando com creche, escola maternal e pré-escola, onde essas crianças receberiam cuidados de educação, saúde e alimentação.

Elaborado o projeto, este é apresentado à Prefeitura Municipal de Santo André pela Presidência da FAISA, em 1969, sendo acolhido com interesse, e, em 1970, estava concluída a planta do Centro Infantil de Vila Luzita. No entanto, somente em 1973 teve início a construção do serviço, que foi inaugurado em abril de 1975. Com um total de 136 crianças assistidas pelo projeto, o mesmo contava com equipe multidisciplinar composta por Assistente Social, Pediatra, Pedagogas, Nutricionista, Auxiliares de Enfermagem, sob a coordenação de Pedagoga, que exercia inclusive, a chefia administrativa de todos os setores do Centro Infantil.

Tratava-se, na época, de experiência pioneira com metas de curto, médio e longo prazo no cuidado, atenção e educação das crianças de Santo André. Porém essa experiência veio a fracassar por falta de recursos, sendo paulatinamente desativada até sua paralisação em 1982. Posteriormente o prédio que ocupava, e que dispunha de excelentes instalações, foi utilizado para a implantação do Hospital Infantil.

Serviço de Higiene Pré-Natal:

Dentro da proposta de atuar de forma preventiva na saúde das crianças, a FAISA tinha em seu planejamento, desde o início, a meta de incluir o atendimento de gestantes com um serviço de Higiene Pré-Natal, porém, condições financeiras não permitiam o desenvolvimento dessas atividades.

Em 1976, essa oportunidade surgiu, através de um Projeto Docente-Assistencial elaborado junto com o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, e foi apresentado à Organização Panamericana de Saúde e patrocinado pela Fundação Kellogg's.

O projeto consistia da instalação de 12 consultórios de higiene pré-natal em postos da FAISA, além de equipamentos de uma maternidade e berçário para retaguarda ao projeto, instalados no Hospital Municipal de Santo André.

A dotação de US\$ 260.00,00 (duzentos e sessenta mil dólares), entregues parceladamente, permitiu que, no decorrer de três anos, fosse concluído o projeto, sendo que, nesses dez anos de funcionamento, foram atendidas 19.664 pacientes, com 177.748 consultas e cobertura de 15% das gestantes do município.

Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME):

Criado desde o início do funcionamento da FAISA, com o propósito de se manter um sistema de controle da prestação dos serviços médico-assistenciais, o SAME, órgão pioneiro para a época, mantinha registro de todo movimento diário, semanal, mensal e anual das várias unidades com dados estatísticos de produção, epidemiológicos e índices de avaliação quantitativa e qualitativa, elaborando boletins mensais e anuais que permitiam à Direção avaliar e supervisionar o trabalho, e que forneciam elementos para o planejamento da entidade.

Serviço modelo, foi considerado e sempre citado pelo Prof. Dr. Ruy Laurenti, sanitarista e epidemiologista reconhecido, como o melhor SAME do Estado de São Paulo, sendo os dados obtidos em seus relatórios a fonte segura para a elaboração deste trabalho.

Serviço de Enfermagem:

Serviço técnico que respondia pelo controle da equipe de enfermagem de toda a rede em sua rotina de trabalho, como na elaboração de escalas e substituições, bem como pela sua formação e capacitação.

Serviço Social:

Criado inicialmente para avaliação e triagem das crianças que receberiam benefícios como distribuição de leite, óculos do programa Campanha da Boa Visão e doações várias, passa, com o tempo, a exercer outras funções, tais como a de relação humana da entidade e seus usuários.

Serviços Administrativos:

Contando com os departamentos pessoal, contábil, tesouraria, compras, transporte, manutenção e almoxarifado, subordinados à Superintendência, que, atuando com eficiência, permitiam o bom funcionamento da entidade.

MODELO DE ATENÇÃO:

Para se descrever um modelo tecno-assistencial, pode-se fazê-lo por meio de vários aspectos, no caso FAISA, a descrição será feita através da análise de seu conjunto, ou seja, em sua dimensão assistencial e tecnológica, explicitando qual o seu problema de saúde, quais suas práticas, para que servem e como são organizadas, além de detalhar quem são seus trabalhadores e seus usuários (MEHRY, 1992; CECILIO, 1994).

A FAISA, como foi visto, é composta por vários serviços estruturados como um sistema de saúde, ou seja, um conjunto de unidades, de serviços e ações que atuam e interagem para um fim comum, sendo este a assistência integral à saúde de uma parcela da população, com os elementos integrantes do sistema referindo-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, com abrangência de um município inteiro.

Destinada inicialmente ao atendimento de crianças na faixa etária de 0 a 12 anos de idade, tem sua área de atuação ampliada com a atenção a gestantes e puérperas em 1976, e também, com a atuação programática voltada aos adolescentes a partir de 1985. A preocupação principal com a melhoria das condições de saúde das crianças de Santo André levou gradualmente a tal extensão, pois se entendia que através da assistência pré-natal se acrescentaria um impacto maior nesse objetivo.

O acesso, como já referido, era universal, ou seja, nenhuma criança era excluída, não importando o vínculo que tinha com a Previdência ou qualquer outra forma de convênio, bastando ser morador de Santo André para adentrar ao sistema, sendo prova dessa afirmativa que a porcentagem de crianças matriculadas nos postos em relação à população estimada foi crescendo com o desenvolvimento da rede, partindo de 15% no primeiro ano, chegando a 92,3% em 1979, e mantendo-se ao redor de 80% nos 4 últimos anos. A rede de postos da FAISA era, portanto a porta de entrada ao sistema, pois a partir do atendimento realizado em suas unidades, quando necessário, a criança poderia ser encaminhada aos serviços de urgência ou aos ambulatórios de especialidade ou ainda à sua Unidade Hospitalar, serviços esses de atenção secundária. Neste ponto, vale destacar que o sistema também era porta de entrada ao sistema de saúde complementar visto que era, através de seus serviços de urgência, que as crianças eram encaminhadas aos hospitais conveniados.

Dentro da filosofia de prestar assistência integral e de forma preventiva à saúde, a prioridade dentro do sistema era dada aos postos de atenção primária, distribuídos na cidade de forma regionalizada, cobrindo quase todo seu território com áreas de cobertura definidas e com sua estrutura determinada pela demanda e necessidades da área abrangida. Nos postos, a criança era matriculada, sendo isso feito, na maioria dos casos antes do 1º ano de vida, fato esse exemplificado no ano de 1986, quando cerca de 78% do total de matrículas era de crianças abaixo de 1 ano e, destas, 30% eram efetuadas antes de 1 mês de vida. Toda criança dispunha de prontuário individual, onde eram anotados os dados principais de identificação e antecedentes e, em folhas apropriadas, eram relatados as consultas, diagnósticos, condutas e exames e esse prontuário no verso, ao mesmo tempo, servia de cartão espelho de vacinação.

Uma equipe composta de médicos e enfermagem atuava em cada unidade, onde eram realizados os atendimentos de puericultura, consultas médicas eventuais de patologias, consultas de retorno, medicação, vacinas, procedimentos de enfermagem e distribuição de leite dos programas e medicamentos fornecidos pelo Estado, além de atividades de vigilância epidemiológica e controle de produção. A recepção era realizada pela enfermagem, que separava o prontuário da criança para puericultura e/ou consulta, realizava a pré-consulta com medição de peso e altura, a encaminhava à consulta médica e, depois, realizava as atividades de vacinação, distribuição de medicamentos, procedimentos e, posteriormente, era efetuada a pós-consulta. Todo o processo de trabalho era anotado em planilhas específicas da enfermagem, onde era controlado todo o atendimento prestado, incluindo as crianças que porventura procuravam o serviço e eram dispensadas por excesso de demanda.

O atendimento era realizado por médicos pediatras de formação, através de consultas médicas. Toda criança passava em consulta médica quando procurava a unidade, incluindo as crianças que compareciam para a realização de vacinas, pois se entendia que a ocasião da vacina era uma oportunidade de se avaliar a criança, principalmente nos primeiros anos de vida, em uma consulta de puericultura, funcionando o calendário de vacinas como um cronograma de atendimento de consultas de programa. Os pediatras eram orientados e estimulados a nessas consultas, exercer a atividade de vigilância à saúde com

monitorização do crescimento e desenvolvimento bem como de patologias que pudessem estar incidindo e prejudicando esse processo. Também eram atendidas crianças em procura espontânea e consultas de retorno para acompanhamento de patologias. Toda consulta era anotada pelos médicos em planilhas próprias, onde eram colocados os dados da criança, o motivo da consulta e a patologia que apresentasse.

Após esse atendimento, a criança era encaminhada para a sala de vacinação, ou para medicação, ou, ainda, para procedimentos, e posteriormente, para a pós-consulta, quando eram fornecidos medicamentos se disponíveis, ou leite de programas específicos.

Não somente a rede era estruturada para o atendimento dessa população, como também o era a unidade, que contava com planta padronizada básica, planejada para o fluxo dos pacientes e do processo de trabalho. Os usuários entravam por uma porta que dava acesso a uma recepção única onde estavam os prontuários e onde eram acolhidos ao serviço. Depois eram encaminhados à sala de espera, onde esperavam sentados e, enquanto isso, as crianças eram pesadas e medidas, e aguardavam o atendimento. Após a consulta médica, os usuários iam para a sala de vacina e medicação e, depois, para a sala de pós-consulta, saindo da unidade por uma outra porta lateral. As unidades contavam ainda com área central com jardim de inverno, que proporcionava iluminação e ventilação, e com uma sala separada para isolamento de pacientes com suspeita de doenças infecto-contagiosas.

Em 12 unidades funcionavam consultórios de higiene pré-natal nos quais eram realizados acompanhamentos de mulheres gestantes durante a gravidez em consultas com médicos ginecologistas e exames laboratoriais de rotina, além de reavaliações no puerpério.

Fazendo parte do projeto inicial como atividade prioritária, mas com dificuldades em sua implantação por falta de recursos, consta no planejamento inicial que o Serviço de Odontologia funcionaria em todas as unidades, tanto que fazia parte da planta básica dos postos, um consultório odontológico. Até 1986, foram instalados cinco desses consultórios, que prestavam atendimento odontológico curativo e preventivo.

As unidades se relacionavam entre si por meio de uma rede de informações elaborada de maneira simples, mas bastante operacional, que consistia em impresso único onde eram solicitados aos setores e unidades a que se referiam o produto que os mesmos ofereciam. Ou seja, se um dos postos necessitava encaminhar uma criança a um dos serviços de urgência ou de especialidades, era solicitado através desse impresso que também se destinava a pedir reparos em sua unidade ou fornecimento de material de consumo ou medicamentos. As solicitações eram levadas e entregues ao seu destino por malote, que diariamente percorria as unidades garantindo agilidade ao processo.

O sistema era hierarquizado e verticalizado com suas unidades mantendo uma estrutura de atenção primária, com acesso garantido e com uma suficiente estrutura de atenção secundária nas suas unidades ambulatoriais de especialidades e unidade hospitalar, todas atuando com o já referido sistema de referência e contra-referência. Os casos de necessária atenção terciária eram encaminhados a serviços de São Paulo, pois tais serviços não eram disponíveis no município.

O modelo estruturado na FAISA buscava os requisitos necessários para que fosse dada uma atenção integral à saúde da clientela a que ela pretendia atingir, dentro de uma filosofia de atuação preventiva, sem descuidar das ações curativas e de recuperação dos agravos a que essa população pudesse estar exposta.

IMPACTO NA ATUAÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:

Procurar-se-á aqui dar uma idéia de como o sistema em estudo forneceu à comunidade da cidade de Santo André aquele produto a que se propôs oferecer, ou seja, um impacto na melhoria da saúde das crianças desse município.

De uma forma quantitativa, alguns dados mostram de que forma a rede se organizou e ampliou sua capacidade. A média mensal de atendimentos dos Postos de 9.000, em 1967, passa a 16.000, em 1986, tendo o número total de consultas anual aumentado de 64.000 a 193.206 nesse período. O número de crianças efetivamente matriculadas na rede de postos com arquivo vivo diariamente atualizado, em 1967, era de 13.202, já em 1986, ultrapassa 158.000; em relação à população infantil estimada para o município em 31 de dezembro de ambos os anos, representa uma progressão de 15% em 1967 a cerca de 82,62% em 1986, chegando a 92,3% em 1979 (ANEXOS 9 e 10)

Outro dado de importância é a idade em que as crianças se matriculavam, em 1969, eram cerca de 47% das matrículas no primeiro ano de vida, esse número passa a 78,4% em 1986, sendo 63% abaixo dos 3 meses e 31% de menores de 1 mês de vida (ANEXO 11), mostrando que a atuação da FAISA nesses anos mudou o comportamento da população, no sentido de uma maior procura pelo serviço em uma idade mais precoce para seu acompanhamento. A razão entre consultas de puericultura sobre o número total de consultas também demonstra esse fato, bem como a eficácia da rede, pois essa razão que, em 1967, é de 33,7%, veio aumentando paulatinamente, atingindo 54,50% em 1986 (ANEXO 12).

As consultas de urgência partiram de 18.000 por ano, em 1967, para 113.473 em 1986, mas mantiveram-se estáveis no decorrer dos últimos cinco anos, entre 100.000 a 110.000 consultas anuais mostrando que, apesar do crescimento populacional que houve nesse período, a rede de atenção primária mantém sua eficácia no atendimento. Os serviços de apoio, bem como os ambulatorios tiveram uma crescente atuação, que pode ser expressa através dos números de atendimento (ANEXO 13).

Em relação à vacinação que era efetuada em suas unidades, a rede mostra uma evolução que vai de 80.308 doses em 1968 a 112.449 em 1986, chegando a 204.095 em 1977 (ANEXO 14). Os dados de cobertura vacinal obtidos da relação entre o número de crianças vacinadas e a população de 0 a 1 ano de idade mostram em 1980 uma cobertura de 91,4% de BCG (ID), 81,4% de DPT (3º dose), 74,6% de Sabin e 79,7% de Anti-sarampo (ZACCHI, 1988). A repercussão da cobertura vacinal e também da atuação da rede ambulatorial sobre a saúde da população pode ser avaliada com os dados de incidência das moléstias infecto-contagiosas passíveis de imunização pelas vacinas; sarampo, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite e varíola. Os dados mostram uma redução importante no número de casos de sarampo, coqueluche e difteria, com ausência de casos de tétano e poliomielite nos últimos nove anos do estudo (ANEXOS 15 e 16), redução esta conseguida bem antes de outros municípios, sendo que o último caso comprovado de poliomielite acontece em 1976, antes de iniciadas as campanhas nacionais de vacinação em massa com a vacina Sabin. Outro fator importante a ser avaliado é a incidência de gastroenterocolite aguda, que mostra uma redução na sua taxa de incidência em mais de 50% e com redução de

internações por essa moléstia de 5,11% para 3,22% dos casos diagnosticados na rede, em que pese o fato da melhoria do saneamento básico e fornecimento de água à população, porém se observa uma diminuição de casos internados em decorrência dessa moléstia, mesmo numa época em que a utilização de sais de reidratação oral não era ainda difundida (ANEXOS 17 a 19).

Em relação à mortalidade infantil há uma diminuição em seu coeficiente de 93,94 por mil, em 1966, para 28,45 por mil em 1987; em comparação com o vizinho município de São Paulo, percebe-se ano a ano, uma diferença com uma acentuada melhora nos índices em favor de Santo André, a partir dos últimos dez anos analisados. Na análise dos dados de que se dispõe neste trabalho, entre os anos de 1970 e 1983, demonstra-se uma queda principalmente na mortalidade infantil tardia (28 dias a 12 meses), baixando de 36,61 por mil para 12,41 por mil (ANEXOS 20 E 21).

Ainda em relação a dados de mortalidade no período de 1969 a 1983, esses mostram, para a mortalidade por doenças transmissíveis uma queda de 108,3 para 25,9 por cem mil habitantes, na mortalidade específica por sarampo de 4,3 para 0,5 por cem mil habitantes, e na mortalidade específica por gastroenterites uma queda de 86,9 para 12,1 por cem mil habitantes.

A área hospitalar apresenta dados que comprovam uma boa eficácia, como as taxas de ocupação, média de permanência em dias e principalmente no coeficiente específico de mortalidade hospitalar, com um índice de 2,47% em 1986, índice este considerado baixo para hospitais infantis (ANEXO 13).

RECURSOS:

A Lei Municipal que criou a FAISA garantia dotação orçamentária da Prefeitura Municipal de Santo André para sua manutenção e crescimento que seriam destinados à assistência à infância, com recursos repassados a ela, representando, no início, cerca de 2% da arrecadação direta do município. No período estudado, observou-se uma redução de recursos, atingindo 1,64% da arrecadação no ano de 1986, com isso a participação da Prefeitura Municipal nos recursos obtidos passou de 85% nos primeiros anos para cerca de 43,7% em 1986.

Seus estatutos garantiam a obtenção de recursos de outras fontes, assim sendo, tal fato se dava através de convênios estabelecidos com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para fins de prestação de assistência médica a dependentes de previdenciários. Como a FAISA atendia a esses desde o início de suas atividades foi firmado um convênio, em 1969, para pagamento de internações de previdenciários em sua Unidade Hospitalar e, posteriormente, um outro convênio global ambulatorial pelo atendimento na rede de postos em 1971, sendo este o primeiro desta modalidade a ser firmado no Brasil. Desde então, os recursos obtidos por essa via têm aumentado significativamente, chegando próximo ao dotado pela Prefeitura Municipal. Em agosto de 1985, o Município de Santo André assina o Termo de Adesão ao Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), estando a FAISA no bojo do mesmo, em decorrência disso, o repasse de recursos por parte do INAMPS tem um acréscimo com conseqüente aumento dessa fonte de recursos para a entidade.

Dispõe também de recursos provenientes de convênio com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo desde 1969, que é renovado em intervalos de cinco anos, com a doação de leite, medicamentos e vacinas, contabilizados como recursos econômicos e que, nos últimos anos, têm representado cerca de 8 a 10% do total.

Outras fontes seriam obtidas por meio de convênios com empresas que mantêm assistência a dependentes de seus funcionários, recursos do Centro Estadual de Auxílio e Subvenções – CEAS-, da dotação feita à FAISA pela Fundação Kellogg's, já referida anteriormente, além de doações filantrópicas em espécie de várias fontes.

As aplicações desses recursos foram quase que integralmente utilizadas na manutenção dos seus serviços, sendo que o restante, uma pequena parcela, se refere ao patrimônio líquido, ao imobilizado patrimonial e aos estoques (ANEXO 22).

A FAISA como campo de formação e pesquisa:

Centro de Estudos da FAISA - CEFAISA:

O Centro de Estudos da FAISA – CEFAISA -, foi criado em 1968, com estrutura e coordenação próprias, para atuar tanto como órgão de educação continuada, quanto fórum de reuniões clínicas, e ao mesmo tempo, espaço para reuniões administrativas junto ao corpo clínico da FAISA.

Nesse Centro de Estudos, eram realizadas reuniões, discussões de casos, palestras de professores convidados, bem como cursos de atualização, além de contar com uma bem montada biblioteca; e tinha as finalidades de:

- *integração do corpo clínico e dos demais profissionais de nível universitário à idéia filosófica que norteia o funcionamento da entidade;*
- *orientação e atualização permanente dos conhecimentos dos médicos, possibilitando o aprimoramento constante da qualidade da assistência médica prestada à parcela da população materno-infantil sob a responsabilidade da FAISA;*
- *realização de pesquisas clínicas, das quais tem participado a quase totalidade do quadro médico, de grande interesse inclusive para a tomada de posição por parte da direção da FAISA, quanto à expansão dos Serviços e à criação de novas atividades (FAISA, 1987).*

No período de 1968 a 1974, o CEFAISA teve a direção do Dr. Augusto Gomes de Mattos, figura eminente e de imenso prestígio no meio pediátrico da época, e que teve enorme importância tanto na criação da FAISA, como na construção e consolidação do CEFAISA. Outros dois diretores de renome em períodos subseqüentes foram o Prof. Dr. Jayme Murahovshi e Prof. Dr. Dráuzio Viegas.

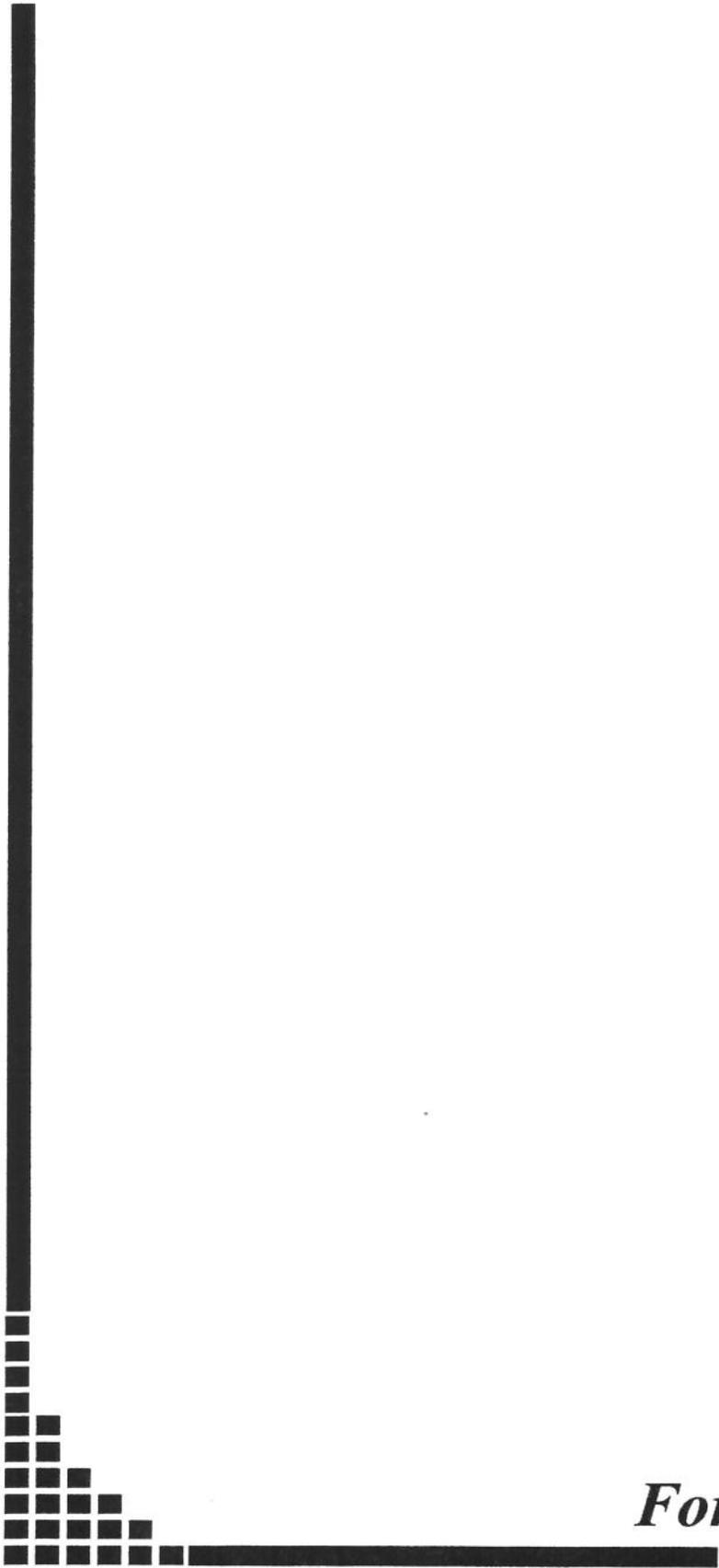
Neste período de funcionamento, o CEFAISA se consolidou como centro de formação e pesquisa, com grande produtividade científica, tendo diversos trabalhos apresentados em Congressos Médicos e publicações em revistas especializadas, sendo cenário para importantes pesquisas para o desenvolvimento da pediatria em nosso país (ANEXOS 23 e 24).

Integração com a Faculdade de Medicina da Fundação do ABC:

Em 1973, a Profa. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi assume a disciplina de Pediatria do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, sendo nesse ano firmado o “Acordo de Cooperação Mútua” entre a FAISA e a FUABC, que trouxe para a entidade o ensino da Pediatria em seus vários níveis - de graduação, internato e residência - desenvolvido em suas dependências com a supervisão dos docentes dessa faculdade, muitos deles também membros do corpo clínico da FAISA.

No início, incluía apenas o curso curricular para alunos do 5º ano, foi gradualmente ampliado, tendo, em 1974, iniciado o internato (6º ano), em 1975, a Residência em Pediatria, que se desenvolvia em dois anos. Em 1976, a FAISA é credenciada, e a Programação de Residência reconhecida pela Sociedade Brasileira de Pediatria, tendo formado até 1986, 67 médicos pediatras, que, em quase sua totalidade foram aprovados em Concurso para obtenção de Título de Especialista em Pediatria realizado por essa sociedade, o que ressalta a excelência de sua atuação (ANEXO 25).

O ensino de pediatria desenvolvido nessa Faculdade é fortemente influenciado pela FAISA e por sua política de saúde, suas dependências se mostraram adequadas a esta prática, o que proporcionou um intercâmbio benéfico às duas entidades e garantiu uma boa qualidade de ensino aos alunos e residentes que ali estagiaram.



CAPÍTULO III:
Formulação do modelo

ANÁLISE:

Não é o simples acaso o responsável por qualquer fenômeno, seja ele ocorrido na natureza, seja em fatos sociais provocados por atos de pessoas, ainda que não se encontre neles uma intencionalidade imediata ou explícita. O mesmo pode-se dizer do surgimento do contexto de uma situação na qual diferentes personagens, forças e mecanismos, com diferentes interesses e orientações confluem, aparentemente sem ligação causal alguma, para ter como resultado final todo um processo de criação de uma entidade de assistência materno-infantil, como parte de uma política social, enquanto política de Saúde Pública, em um determinado local e tempo, ou seja, a FAISA em Santo André na década de 60 do século XX. Assim sendo, só depois de se ter resgatado esse contexto, poder-se-á analisar como ela se desenvolve e constrói o modelo assistencial que apresenta.

Procurar-se-á agora, analisar os elementos que atuaram sincronicamente na conformação dessa situação, que vai se demonstrar propícia ao desenvolvimento da experiência descrita e de seu modelo. MERHY (1992) discute tal questão, ao afirmar que, para se entender como se desenvolve a formulação de uma determinada política de saúde, não é suficiente apreender os momentos de institucionalização dessas políticas e das correntes tecnológicas que levam à formulação de modelos tecno-assistenciais, mais que isso, faz-se necessário buscar entender como esses elementos articulam-se em um dado processo social, e ainda o modo como o conjunto de sujeitos sociais atua nesse processo, na constituição histórica de uma determinada sociedade.

Para tanto, inicialmente, será descrito o cenário geopolítico onde esse processo se desenvolve, assim sendo, Santo André como cidade e pólo de industrialização e migração nas décadas de 1950 e 1960, para depois apresentar os demais elementos que entram na composição da análise.

Santo André, cidade que integra a área metropolitana da Grande São Paulo forma, junto com os municípios de São Bernardo do Campo e São Caetano, a região conhecida como ABC, com área de 180 Km², é dividida em dois distritos, sendo o Distrito Sede integrado por dois subdistritos: 1º Subdistrito de Santo André e o 2º Subdistrito de Utinga, e o Distrito de Paranapiacaba, pequeno núcleo urbano ferroviário, situado a cerca

de 30 Km do centro do 1º Subdistrito. Município altamente industrializado, tinha como suas principais fontes de renda em ordem decrescente: atividades industriais, de comércio, prestação de serviços, comunicações e armazenamento, situava-se, na época, com uma das dez maiores rendas brutas 'per capita' anuais e índices de alfabetização superiores à média do Brasil (ZACCHI, 1988).

A cidade apresenta nas décadas de 1950/60 uma extraordinária expansão populacional, causada pelo desenvolvimento industrial acelerado, que ocorria principalmente pela implantação das indústrias automobilísticas na região do ABC. Seu crescimento demográfico, um dos maiores na história populacional do país, teve como componente principal a migração interna e externa, com um crescimento de 85,4% no período, em contraste ao crescimento de 30% no Brasil como um todo. A distribuição por idade com base no censo de 1960 mostra picos populacionais nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 40 a 49 anos, demonstrando o afluxo de famílias já constituídas, atraídas pelo mercado de trabalho (ZACCHI, 1988).

A população economicamente ativa apresentava níveis comparáveis a de países industrializados, portanto em situação diversa do restante do Brasil na época, conforme pesquisa realizada por Benatti¹, em 1967. Essa pesquisa revela que apenas 26% da população economicamente ativa trabalhando no município reside na cidade, sendo os restantes moradores de municípios vizinhos, principalmente em São Paulo. Ainda segundo esse estudo, que divide a população em cinco estratos econômicos A, B, C, D e E em ordem decrescente, é mostrado o predomínio em Santo André das classes socioeconômicas D e E, respectivamente classes média inferior e pobre, com cerca de 77% da população estudada, cuja moradia era situada em sua maioria na periferia da cidade, portanto, pode-se concluir que, apesar do município ser um dos mais ricos do país, sua população é carente em sua grande maioria, como conseqüência da má distribuição de sua riqueza, característica dos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (ZACCHI, 1988).

¹ BENATTI, F. – O perfil do mercado consumidor de Santo André e da Grande São Paulo, apud ZACCHI, 1988.

BAENINGER (2000) indica a formação da região Metropolitana de São Paulo como decorrente do desenvolvimento da indústria nacional na época, com conseqüente intensificação do processo de urbanização, marcando a formação do espaço denominado “metrópole nacional da indústria”. A concentração espacial da produção e da força de trabalho seriam os principais elementos do processo de acumulação e desenvolvimento capitalista, com a implantação de novas empresas, que atraíam assim a população migrante para a região, o que explicaria os dados apresentados anteriormente.

Por outro lado, a situação da saúde na cidade, apesar dos poucos dados disponíveis em anos anteriores a 1967, era preocupante e mostrava, entre outros indicadores, mortalidade infantil com tendência a se elevar, com índice de 93,94 por mil em 1966 (ANEXO 20). Os serviços de saúde, em especial na área de saúde materno-infantil, eram prestados por órgãos e entidades diferentes sem coordenação ou controle, com a atuação da Prefeitura realizada de uma forma pouco eficaz na prestação de assistência à população infantil do município (ZACCHI, 1988).

Tal conjuntura traz de ecos do passado a doutrina de conservação das crianças, que se manifesta aqui através da preocupação de uma parcela da elite, atuante em termos de política local, com a situação da assistência à infância no município e, também, da classe dirigente local que se coloca como incapaz de responder a essa demanda. Esse fato é constatado no seguinte trecho da entrevista:

“Então o Lions do Centro procurou a Prefeitura, o prefeito, querendo construir um prédio para doar para a assistência à infância, aí com doações das indústrias e de campanhas que eles faziam, eles construíram um prédio que viria a ser o CAI, a primeira idéia era de construir um posto de puericultura, mas depois quando ficou pronto, depois de 3 anos, o prefeito, o Zampol vendo que a assistência no município estava muito ruim e ele não conseguia melhorar, ele estava muito insatisfeito, ofereceu ao Lions a administração do posto. O pessoal do Lions que nessa época tinha visto como estava ruim a assistência à infância disse que não, ou eles pegavam toda a assistência ou nada. O prefeito aceitou e aí surgiu a idéia de fazer uma fundação que faria a assistência no município.”

Ou ainda no trecho do documento que trata do histórico da criação da FAISA:

“Em 1966, os recursos de que Santo André dispunha para prestar assistência à infância, no campo da medicina social, eram constituídos por um Serviço de Reidratação no Hospital Municipal e por onze Postos de Puericultura: os recursos materiais e humanos aplicados no setor eram insuficientes, não somente para a conservação do patrimônio como para uma eficiente assistência à população infantil. A escassez de recursos impedia uma melhor coordenação, com reflexos negativos sobre os resultados. O encaminhamento para Hospitais da Capital era a solução freqüentemente encontrada para suprir a falta de meios”.

“Santo André, um município dos mais pujantes do país, a caminho da sua afirmação, voltou então suas atenções para as suas 85.000 crianças e decidiu enfrentar a tarefa de proporcionar a elas o amparo e a assistência a que fazem jus” (FAISA, 1987).

Seria, então, a atenção dada ao cuidado com as crianças, mais uma vez, a expressão da preocupação de uma classe dominante com o futuro, principalmente, com a força de trabalho, numa política de conservação dos meios de produção e acumulação de capital? Parece que sim, pois são situações historicamente determinadas pelo mesmo processo como numa recriação constante, e o discurso aparece, aqui, reproduzido da mesma forma como foi explicitado anteriormente, quando se analisou de que maneira e com que finalidade o cuidado com a infância foi se manifestando através dos tempos. Outro fato é apontado por MERHY (1989) quando diz que tanto para se construir o espaço urbano, quanto para manter o “exército” de trabalhadores, as ações sanitárias - incluída aqui também a assistência - adquiriram importância como políticas sociais na época. Um novo elemento pode ser caracterizado e agregado a essa análise nesse momento: a idéia dessa assistência ser um modo de garantir um direito a uma classe trabalhadora emergente, mas não ainda como parte de sua cidadania, e sim como uma forma de concessão a fim de manter a estrutura social ou mesmo de anteceder sua possível reivindicação.

A partir da constatação da precariedade da assistência à infância e da necessidade de uma intervenção por parte desse grupo de atores, enquanto sujeitos políticos, qual foi o mecanismo encontrado para dar resposta a essa demanda?

A filantropia seria a forma escolhida. Através da criação de uma fundação como uma entidade autônoma de prestação de serviço, sem fins lucrativos, que, contando com os recursos financeiros provenientes do município e outros que viriam do nível estadual e do Governo Federal por meio de convênio com o INPS, se incumbiria da assistência materno-infantil. Entra então, aqui, o outro elemento a ser discutido como importante para o processo que se analisa.

Antes do exame desse elemento como configurador do contexto, cabe uma discussão anterior, que seria sobre o modo como o Estado se relaciona com a sociedade para a construção de suas políticas sociais e do papel de atores ou sujeitos sociais nesse processo. Vários autores se dedicam a estudar essa questão, mas reporta-se, aqui, aos textos de MERHY (1992) e CECILIO (1994), que, partindo da análise desses muitos autores, promovem uma ampla discussão sobre o tema.

MERHY, analisando a saúde pública como política social e os processos de formulação e decisão das políticas governamentais, coloca, entre outras coisas, o papel do Estado como sujeito social e suas políticas sociais como expressão das relações dele com as classes sociais dentro de uma arena política onde se desenrolam as lutas sociais entre os sujeitos sociais constituídos, e a configuração de sujeito político como sendo, não qualquer grupo social, mas somente os “portadores de futuro”, ou seja, aqueles que, ao alcançarem direção política, fazem do seu projeto particular um projeto para toda a sociedade, constituindo assim uma política social com pretensão de universalidade.

CECILIO, abordando a questão, coloca o sujeito político referenciado a sujeitos sociais e a um determinado contexto social que delimita as suas possibilidades de intervenção, não podendo ser transplantado de um contexto a outro, por estar sob a determinação de um contexto histórico e de relações sociais e políticas específicas. Ao se referir à figura do Estado, estabelece, utilizando textos de vários autores, uma discussão sobre o caráter do mesmo sob as diversas visões que se pode obter, dando a idéia de uma visão em comum de que o Estado não seria nem representante dos interesses gerais da sociedade, nem comitê de negócios da burguesia, pairando assim entre uma idéia e a outra.

Deste modo, pode-se ter um vislumbre do que sucede no contexto a que se refere neste trabalho, onde um grupo de atores se posiciona como sujeitos políticos, com uma determinada relação com o Estado e com uma visão de sociedade, define um projeto de política social e procura atingir seus objetivos através do mecanismo da filantropia, elemento que agora é analisado.

A filantropia segundo DONZELOT (1986), como forma moderna de solidariedade, seria uma maneira de garantir as práticas de conservação e de formação da população, dissociando-as de qualquer atribuição diretamente política, sem relacioná-las como uma missão de dominação, de pacificação e de integração social.

Os filantropos seriam sujeitos com consciência de sua classe social burguesa com uma concepção de sociedade dinâmica e que acreditariam na capacidade de superação dos indivíduos de suas adversidades por meio de seus próprios esforços. Existiria uma relação entre a Higiene, a Pedagogia e a Filantropia, de modo que as práticas filantrópicas seriam portadoras na sua essência de saberes higiênicos e pedagógicos para promover a reprodução e a conservação da população, necessárias ao modo de produção capitalista. Assim sendo, criam-se estruturas e mecanismos capazes de responder às demandas da sociedade, sem que o Estado intervenha diretamente nesse processo, garantindo assim o seu papel como de Estado mínimo, não intervencionista, sem atentar contra a definição de Estado Liberal (DONZELOT, 1986; MENDES R.T., 1996).

No Brasil e em particular no Estado de São Paulo, como já foi demonstrado anteriormente, a assistência à saúde, entre outras políticas sociais, estava fortemente calcada na ação da filantropia, como a assistência dada pelas Santas Casas de Misericórdia, pelos hospitais infantis criados entre as décadas de 1940 a 1960, alguns citados neste estudo, como a Clínica Infantil do Ipiranga, Darcy Vargas, Cruz Vermelha e Cândido Fontoura entre outros. Sendo assim, a idéia da criação de uma fundação filantrópica naquele momento em Santo André parece ter sido a alternativa mais natural de se desenvolver na época. O que não se contava, talvez, é que o espaço por ela criado fosse o palco de uma frutífera experiência de afirmação de um direito, o da universalidade e da equidade na assistência médica como se verá adiante.

É configurado deste modo um cenário propício ao desenvolvimento de uma ação. Com a vontade de atuar sobre uma questão, calcada em uma ideologia, com uma noção de como agir baseada em experiências anteriores observadas, esse grupo põe, então, seus interesses unidos à sua capacidade de planejamento e gerenciamento, oriundos que são de uma ordem empresarial de grandes indústrias da região, levando a cabo, de uma forma muito competente, a constituição de uma fundação filantrópica, utilizando para isso parte das estruturas com que contavam nessas grandes indústrias, conforme texto:

“A estruturação administrativa da FAISA, do tipo essencialmente empresarial, exigiu do primeiro Conselho de Curadores, em seu planejamento e em sua implantação um ingente esforço, uma vez que se objetivava introduzir métodos e sistemas incomuns em organizações médico-assistenciais até então existentes, buscando, para tanto, o concurso de especialistas em cada setor de atividade, cedidos que foram por Empresas do Município, os quais, durante longo tempo, sem qualquer remuneração, constituíram o corpo de Assessores da Presidência. Esses Assessores, com a experiência que traziam da empresa privada contribuíram, igualmente, na seleção dos primeiros ocupantes de cargos de chefia administrativa da nova Instituição” (FAISA, 1987)

Criada a superestrutura para o funcionamento da fundação, faltava a adição de um profissional com perfil técnico capaz de pôr em prática um modelo de assistência que pudesse ocasionar o que se imaginava ser o produto final desta entidade: a melhoria da qualidade da saúde das crianças do município. Nessa hora é que entra mais um elemento da conformação do contexto de criação da FAISA; a Profa. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi, médica pediatra, com larga experiência em organização e administração de serviços médicos, mas principalmente com uma vivência enorme em entidades de assistência à infância de importância no Brasil e no México, bem como uma convivência com personagens que certamente acabariam por influenciá-la na formulação do modelo.

Tem-se aqui um momento para refletir sobre o papel que muitas vezes o pediatra assume ao tornar-se um formulador de políticas de saúde, em especial voltado à área materno-infantil.

Dentro do que já foi analisado, com a conformação de um espaço facilitador para a elaboração de um modelo tecno-assistencial, os profissionais que surgem para tal tarefa são na maioria das vezes os médicos, como portadores de um discurso e produtores de projetos e de políticas de saúde, sempre calcados pela sua concepção do processo saúde doença e pela sua inserção social e política. Foi essa categoria profissional a principal responsável pela formulação de políticas de saúde, desde que se legitimaram para tal, enquanto pensadores e articuladores (CAMPOS, 1994; MEHRY, 1992).

MENDES R.T. (1996), em sua avaliação da formação do campo de trabalho do pediatra, analisa essa questão ao identificar na Pediatria, enquanto especialidade, a doutrina de conservação das crianças como marco fundamental, mesmo ao superar os limites da Puericultura. A Pediatria ao procurar manter uma área de atuação ampla e voltada às condições de vida da criança, aumentaria seu espaço social de prática, avançando sobre outras instituições que cuidam de crianças e, com a agregação de outros saberes, procuraria adentrar nos espaços de decisão sobre políticas de assistência à criança. O reconhecimento e a aceitação social do pediatra como representante da doutrina que reveste a Pediatria o legitimam para atuar sobre as ações que visam proteger a criança. Aponta, ainda, para o fato de que, independentemente da maior ou menor eficácia dessas tentativas, os pediatras conseguiram atuar decisivamente na constituição dos serviços de assistência à infância, fato este historicamente comprovado no Brasil, no período que vai do fim do império até 1967, quando se vê claramente sua ação na formulação de políticas de saúde dirigidas à criança.

Voltando agora para a personagem em destaque, tem-se que, ao olhar sobre sua trajetória de vida, identificar-se as influências que a tornariam capaz de desenvolver uma concepção de modelo adequado à necessidade que se mostrava.

Dentro de sua formação, uma influência se mostra decisiva e importante, como ela mesma aponta: seria a do Dr. Gomes de Matos. As duas melhores definições que se pode dar de seu perfil seria a de um pioneirismo sem igual na história da Pediatria brasileira e de seu caráter de formador de pessoas, conforme cita CRESPI (1996), no livro História da Pediatria Brasileira, ao relatar parte de sua biografia:

“Fundador da Clínica Infantil do Ipiranga, modelar instituição de amparo à Maternidade e à Infância....., foi pioneiro em inúmeros setores da atividade pediátrica: pioneiro na assistência materno-infantil, precursor das idéias de aprimoramento científico através da criação de um Centro de Estudos que hoje leva seu nome, pioneiro da Pediatria Preventiva, criador de um Hospital Infantil piloto....., precursor da introdução em nosso meio do “rooming-in”, foi um dos pioneiros na instituição da Residência Médica em Pediatria, criou a Revista “Pediatria Prática” que hoje é órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo”.

“Formou com o calor humano que lhe era peculiar, plêiade de pediatras que se distinguiram em sua especialidade: professores, livre-docentes, pediatras práticos, todos dedicados ao bem-estar da criança”.

A Dra. Zacchi, então sua primeira assistente na Clínica Infantil do Ipiranga e principal discípula, mostra, em suas falas na entrevista anexa, o quanto foi importante e determinante a formação e a orientação recebida do Dr. Gomes de Mattos, até mesmo no momento de aceitar a direção da FAISA:

“Ele, eu devo realmente a minha formação pediátrica ao Gomes de Mattos, não apenas ele tinha confiança em mim, ele dizia que eu era o braço direito e também o esquerdo dele, me fez primeira assistente”.

“No dia seguinte procurei o Gomes de Mattos e contei pra ele o que tinha se passado, ele foi escutando e não falou nada, no final perguntou o telefone do presidente, o Rigamonti, e eu dei pra ele e na minha frente ele ligou pro Rigamonti e disse ‘Aqui quem está falando é o Dr. Gomes de Mattos, eu estou ligando pra dizer que a Dra. Aparecida reconsiderou e vai aceitar a sua proposta’ (risos), era assim que ele fazia...”.

Por meio dessa vivência, adquire experiência no atendimento ambulatorial e de puericultura, na clínica voltada às patologias graves da criança e no desenvolvimento de serviços médicos e científicos, que se mostrarão úteis na formação da futura entidade.

Outra influência que se pode identificar na sua vivência é sua experiência no Hospital Infantil do México, aonde esteve - também por orientação do Dr. Gomes de Mattos - em dois períodos de sua vida profissional, a primeira para completar sua formação em pediatria e a segunda para elaboração de sua tese de livre-docência defendida na USP. Na época o serviço era dirigido pelo Dr. Frederico Gomez, personagem que aqueles que não são pediatras não poderão de imediato reconhecer, mas para nós os especialistas da área, é facilmente identificado como um dos grandes pediatras e cientistas da história da Pediatria, por seus estudos sobre a desnutrição infantil, juntamente com sua equipe, nas décadas de 1940 a 1960. Desses estudos, utiliza-se até hoje o critério de classificação da desnutrição conhecido como Critério de Gomez (MARCONDES, 1972).

Nesse serviço, um hospital escola pediátrico de grande porte, a Dra. Zacchi entra em contato com um outro contexto, mas de conformação semelhante ao encontrado no Brasil, e com outras experiências que, além de ajudar em sua formação como pediatra, certamente a influenciariam no processo a que se faz referência neste estudo. Algumas são identificadas em sua fala:

“Eu fiquei dois anos e dois meses, dois meses pra conhecer o serviço, acompanhar, e daí entrei direto no trabalho, no rodízio, e fiquei dois anos”.

“Mas o Frederico Gomez fez um planejamento, e eles aí construíram hospitais regionais, por bairros, então dividiu, e o Hospital Infantil ficou como referência, o que não podia, não tinha recursos nos hospitais regionais era encaminhado para ele, mas na minha época não, era o único, o povo ia direto lá, vinha de outros estados, de todo o México, de todo jeito, eu aprendi muito lá, muito mesmo, aprimorei conhecimentos”.

“Voltei ao México pra fazer a livre-docência, quando eu me ofereci o Dr. Frederico aceitou gostosamente, eu então escolhi nefrologia”.

Outras influências seriam a convivência com nomes conceituados de pediatras e pensadores da doutrina pediátrica da época, tais como Pedro de Alcântara, J. Renato Woiski, Eduardo Marcondes, Azarias de Carvalho, Fernando Figueira entre tantos outros; além de ser contemporânea de uma época de grandes transformações na saúde pública, que ela, como intelectual da saúde, certamente pôde incorporar à sua bagagem.

Todas essas influências muitas vezes não são percebidas por ela mesma, mas por certo lá se encontram incorporadas e enraizadas, e terminam por formar uma profissional competente e com um projeto capaz de preencher a lacuna que faltava para a conformação da FAISA. Podemos identificar tal fato em parte de seu discurso:

“Isso parte da minha formação, da minha visão como pediatra”.

“Bom, aí você me pergunta quem me inspirou, simplesmente a vivência”.

“A resposta que você queria de onde eu tirei o modelo, não havia, foi por tentativas e erros, porque é claro que a gente acaba errando, mas desde que percebia que tinha alguma coisa a corrigir, corrige, e tudo bem”.

Sua atuação à frente do projeto da FAISA, a levou também, a influenciar alguns outros personagens da história da pediatria e da saúde pública, como se vê na fala do Prof. Dr. J. Renato Woiski, em seu texto sobre a História da Pediatria de São Paulo, em que narra sua tentativa de implantar um projeto semelhante em Ribeirão Preto (SP) (WOISKI, 1996):

“Em Ribeirão Preto, condições locais e o espírito de colaboração do seu povo e de seus governantes permitiram o desenvolvimento das atividades na comunidade....”.

“Assim foram instalados os serviços de Vila Lobato, na periferia desfavorecida da cidade. Diga-se a bem da verdade que fomos a isso estimulados pelo exemplo da FAISA, a Fundação de Assistência a Infância de Santo André, sob a orientação de Aparecida Zacchi, que contou sempre com o apoio de seu chefe, Gomes de Mattos”.

Ou ainda em trechos da entrevista, no qual a Dra. Zacchi descreve sua relação com o Prof. Leser, então Secretário da Saúde do Estado de São Paulo e pela qual se pode imaginar, o modo que dois intelectuais da saúde da época, mutuamente se influenciaram:

“Já era o Leser o secretário, os membros do Lions tinham procurado o Leser pra pedir orientação, mas o Leser também não tinha experiência disso, ele já encontrou a rede de postos de puericultura, onde não se fazia puericultura, no tempo dele começou-se a fazer”.

“Muito contato com o Prof. Leser, porque era importante acertar muitas coisas, medicamentos, fornecimento de leite, a primeira coisa que ele fez foi fechar de imediato o único posto de puericultura do Estado que havia em S.André, porque realmente não tinha sentido”.

“Ele era tão entusiasta da FAISA, que um dia ele me fez essa pergunta ‘Apparecida, é possível criar uma FAISA em SP?’, eu disse ‘Não Sr., é possível criar 15 FAISAs com um controle central’, ele disse ‘por que 15?’, eu disse ‘Porque São Paulo são 15 distritos, em média com uma população igual a de Santo André’. Então teria que ter 15 distritos, com 15 chefes vamos dizer, ligados a cada distrito, tantos postos quanto fosse a população, seria semelhante a Santo André. Ele disse ‘É inviável’, eu disse ‘Eu também acho, deve ser impossível de controlar, São Paulo é muito grande’, mas ele queria fazer alguma coisa parecida com a FAISA”.

“Agora sobre Leser, foi o melhor secretário da saúde que eu já vi na vida, e por felicidade foi secretário em dois governos, com um intervalo, tão bom no primeiro como no segundo. E estabelecemos um tipo de relação de trabalho, que ele fez tudo que era preciso pra me ajudar. Eu mandava todos os relatórios, tinha de vez em quando, umas quatro, cinco vezes por ano, eu pedia audiência, quando havia coisa que precisava falar com ele”.

Sendo assim configurado um contexto favorável, com o acréscimo de uma profissional responsável e capacitada, inicia-se um processo de criação que foi capaz de se constituir na conformação de um projeto que, no seu desenvolvimento, mostrou-se uma experiência alternativa na saúde pública da época, apesar de se dar numa entidade privada de direito, mas com inegáveis função e vocação públicas.

Processo semelhante ao relatado pode ser observado em outras experiências de modelos alternativos de saúde em períodos próximos. Na década de 1970, fluxos migratórios partem para o interior de São Paulo em virtude da interiorização da indústria, dividindo com a Região Metropolitana de São Paulo parte do dinamismo econômico e populacional. Certas regiões se destacam, entre elas, a região de Campinas (BAENINGER, 2000).

Nessa década, em Paulínia, cidade dessa região, implanta-se um pólo petroquímico, e com isso, tem-se um crescimento de indústrias voltadas a essa produção. O mesmo processo de migração ocorre, e paralelamente a ele, um projeto de implantação de um serviço de saúde surge no cenário ali encontrado. Como sujeito do projeto está a Universidade Estadual de Campinas, que cria um programa de saúde comunitária que, por sua vez, culmina na implantação do Centro de Saúde Escola de Paulínia; nas décadas de 1970/80 desenvolve uma das mais importantes experiências em modelos tecnoassistenciais e de formação de profissionais. Dentro dessa experiência, se destaca a área de saúde materno-infantil, na qual é implantado o Programa de Atenção Materno-Infantil, cujas propostas eram a superação do atendimento de puericultura com incorporação da assistência médica e de ações educativas. Seu modelo trazia aspectos inovadores, como o atendimento de enfermagem e atuação de equipe multidisciplinar (MARQUES M.B., 1976; ZANOLLI, 1999).

O interessante a se observar nesses relatos é que a conformação desses dois projetos passa por um mecanismo bastante semelhante. Um cenário de um centro urbano, com um processo de industrialização e conseqüente migração, com crescimento populacional, atrai o interesse de sujeitos sociais que têm como preocupação a melhoria da qualidade da saúde da população e, em decorrência disso, ocasiona a atuação de um elemento ou sujeito capaz de implantar um projeto de modelo de atenção à saúde.

Tomando por base esta última afirmação, é importante frisar, nos casos citados, que a conformação de um contexto favorável à implantação de um projeto tem necessariamente que ser um processo em que um cenário adequado se une a um sujeito social com capacidade de modelar e produzir, pois sem esse, tal sujeito seria incapaz de conseguir o que pretende, mesmo tendo predicados para sua ação.

MATUS (1993), em sua análise acerca da Teoria Social e do Planejamento, aborda algumas questões pertinentes e elucidativas sobre o processo a que se refere. A primeira questão aponta para o fato de que todo ator social planeja em qualquer situação, utilizando para isso métodos distintos, dependendo da posição de onde planeja, de suas características e do conteúdo da proposta de sua ação. Outra questão é quando afirma que o que vai determinar o sucesso de seu planejamento é delimitado pelo espaço de governabilidade que tal ator ou sujeito social apresenta, ou seja, todo condutor de um processo, para alcançar os objetivos de seu projeto, deve demonstrar capacidade de governo, com a articulação de três variáveis: ter um projeto de governo, ter capacidade de governo e governabilidade do sistema. Por projeto de governo, entende-se o conteúdo da proposta do projeto de ação que o ator pretende realizar; capacidade de governo seria a aptidão em conduzir ou dirigir esse processo e refere-se ao conjunto de saberes, técnicas, métodos e experiência que o ator e sua equipe de governo dispõem, e, finalmente, governabilidade do sistema seria a relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo, sendo que, quanto mais variáveis ele controla, maior será sua liberdade de ação e governabilidade do sistema; configurando desse modo o assim chamado triângulo de governo, no qual as três variáveis interagem para conformar um espaço de governabilidade.

Na experiência relatada da criação da FAISA, encontram-se indícios claros, que permitem analisar que o espaço de governabilidade que se formou na sua conjuntura possibilitou aos seus atores a formulação e a aplicação de seu modelo, bem como a expansão de seus serviços. O mesmo fato pode-se observar de maneira inversa, quando sucedem crises entre a direção da entidade e a Prefeitura de Santo André, evidenciado na parte da entrevista onde são relatados trechos que mostram vários episódios de conflito, com repercussão na continuidade do projeto.

Cabe agora destacar algumas particularidades do modelo tecnoassistencial que a FAISA apresentou durante o período analisado, demonstrando sob vários aspectos um pioneirismo que serve, ao mesmo tempo, de alento e inspiração para os que buscam exemplos que possam subsidiar a afirmação do SUS .

Primeiramente, é possível ver que sua filosofia, traduzida em proposta de atuação de forma preventiva, mas com resposta às necessidades de assistência da população alvo, está presente desde o início de suas atividades e se mantém ao longo de seu desenvolvimento, num raro e curioso processo, no qual uma instituição de atenção à saúde basicamente nasce pronta enquanto proposta e se perpetua durante toda a sua história, com mudanças acontecendo na ampliação de suas estruturas e de seu modelo, sem perder de visão sua meta inicial, conforme vemos abaixo:

“Desde o início a finalidade era a saúde”.

“A prioridade era a puericultura, acompanhar a criança, o crescimento, o desenvolvimento, ver as vacinas, não deixava faltar vacinas, você lembra?”.

“Faltava então o pré-natal e a atenção ao adolescente que depois foi feito...”.

Outra peculiaridade de seu modelo, que traz para a época um pioneirismo, é a preocupação com a universalidade e a equidade das suas ações, ainda que voltadas a uma parcela da população, ou seja, na área de atuação da saúde materno-infantil, traduzida nos textos produzidos na entidade, nos dados apresentados e mais claramente na fala de sua formuladora:

“Tudo gratuito de 0 a 12 anos, desde o pré-natal, porque a criança começa antes de nascer e continua...”.

“Um dia o Rigamonti, o presidente da curadoria me procurou, a gente tinha feito uma pesquisa grande, para ver o nível socioeconômico da população que freqüentava a FAISA, com objetivo

de cobrar o atendimento daqueles que podiam pagar, e eu disse a ele, “Rigamonti, criança não tem culpa de ter nascido de família rica, todas tem o mesmo direito”. Eu entendia que toda criança que tinha nascido em Santo André tinha o mesmo direito de ser atendida na FAISA, rica ou pobre”.

“Aquele, se não me engano, era da Vila Irene um dos últimos, muito bonito e eu fiz ali embaixo da favela, porque analisamos e vimos que ali a população era mais necessitada, a maioria dos postos era na periferia onde estava a população mais pobre, que mais precisava. Até uma vez um dos conselheiros foi visitar este posto da Vila Irene e disse ‘Mas um posto assim bonito para essa gente.’ E eu disse a ele ‘Acho que o Sr. não pensou antes de falar e eu vou dizer uma coisa ao Sr., eu fiz este posto assim bonito justamente porque a população é pobre e mora na favela’. Eu queria que eles vissem que o posto era para eles, que eles mereciam e era para eles usarem”.

Os conceitos de universalidade e equidade, hoje incorporados em toda e qualquer intenção de modelo e princípios inquestionáveis do SUS, na época, como se vê ao analisar a evolução das políticas de saúde pública no Brasil, estavam na preocupação dos pensadores, principalmente no seio do movimento da Reforma Sanitária, porém, ainda longe da prática enquanto direito de cidadania.

Além desses aspectos, outros são importantes de serem destacados e que se encontram na descrição de seu modelo: a hierarquização de seus serviços, estruturados e organizados de forma regionalizada, mostrando sua vinculação no processo de trabalho, e a integralidade de suas ações, atuando de forma responsável de acordo com a sua proposta de atendimento, fato este comprovado na descrição de sua organização de serviços, de seu modelo e nos organogramas de sua estrutura.

A integralidade é um conceito intimamente ligado à concepção de saúde e doença e definida pela capacidade de oferecer ações que venham a satisfazer as demandas de promoção e recuperação da saúde, e a FAISA demonstra esse princípio em seu modelo

de várias formas, desde sua filosofia, expressa nos textos a ela referidos, bem como na avaliação da eficácia de seus serviços (CAMPOS, 1989; MENDES, E.V., 1999; SILVA JUNIOR A.G., 1998).

As noções de hierarquização e regionalização estão estreitamente ligadas, pressupostas numa organização piramidal que ofereça serviços segundo a demanda a eles apresentadas, indo desde uma base que consiga resolver a maioria dos problemas, até o ápice, onde se localizam os serviços de maior densidade tecnológica e especializada. Nesse quesito, a FAISA mostrava uma organização e disponibilidade de serviços que apontavam para uma quase adequação a esses princípios, faltando, o que era comum na época, serviços terciários capazes de compor tal estrutura (MENDES, E.V., 1999; SILVA JUNIOR A.G., 1998).

MENDES, E.V. (1999) coloca dois sub-princípios da hierarquização: o da suficiência e da insuficiência tecnológica de cada nível de atenção e o sistema de referência e contra-referência. O primeiro traz a noção de que cada nível de atenção tem uma certa capacidade tecnológica de resolutividade e que a insuficiência dessa gera uma demanda de um nível de atenção de complexidade tecnológica que lhe sirva de referência. O que vai reportar a uma exigência de um sistema que permita um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas dentro da rede de saúde, assim sendo, o sistema de referência e contra-referência. Na FAISA, desde seu início esses dois sub-princípios estavam bem determinados e suficientemente organizados em seus serviços, numa demonstração, além do pioneirismo, também da exequibilidade de tal ação.

Sua proposta de manter um Centro de Estudos, vindo de uma tradição ligada aos personagens já descritos, permitiu uma visão do que hoje se defende através da educação continuada dos profissionais e da pesquisa em serviço, ambas vindo em resposta a uma necessidade de qualificação profissional como fator de melhoria dos serviços prestados na área da saúde.

Sua ligação com a universidade vem demonstrar, junto com outras experiências, que tais integrações mostram-se benéficas para ambas entidades, e que o caminho do aprendizado em serviço e da aproximação de graduandos com a realidade que por eles será defronta, o mais precocemente possível, pode mudar o conceito e a perspectiva de trabalho dos futuros profissionais.

Por tudo que se viu, analisou e entendeu, pode-se dizer que a descrição e análise da Fundação de Assistência a Infância de Santo André vem no sentido de afirmação dos princípios do SUS, e que a construção deste traz ainda enormes desafios, que somente a organização da sociedade, pode de fato trazer à realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A descrição de um determinado modelo é uma tarefa aparentemente fácil, quando se busca, apenas demonstrar de que maneira ele atua ou procura-se mostrar os resultados obtidos sobre a saúde de uma determinada população. A análise de apenas um de seus aspectos torna-se, de qualquer ponto de vista que se tenha sobre ele, uma tarefa mais árdua na elaboração, pois demanda do pesquisador uma maior investigação no estudo e as dúvidas e questionamentos que essa análise suscita, podem levar a diversas trajetórias, algumas delas poucas vezes antes exploradas.

Ao tentar descrever a experiência da FAISA, o questionamento acerca de sua procedência, levou-me a aprofundar o olhar para a conformação de uma prática pediátrica, desde suas origens no tempo até os dias de hoje, porém, sem perder o elo com o objeto estudado.

Nesse mergulho no tempo, encontrei raízes profundas que mesmo hoje, permeiam no inconsciente do homem e trazem para a superfície, as concepções que se mantêm voltadas à conservação de nossas crianças; seja por parte daqueles que, independentemente da intenção, por elas se preocupam, como por parte dos pediatras quando tomam a criança como objeto de prática.

A necessidade de circunscrever o contexto na esfera das políticas de saúde me fez ultrapassar os limites das políticas voltadas às questões materno-infantis para buscar entender suas determinações num leque de maior amplitude, através de vários planos, o que trouxe à reflexão maiores indicações do caminho a ser percorrido.

A análise do contexto de sua criação trouxe a FAISA para dentro de uma perspectiva que julgamos ser pertinente, e pôde demonstrar seu valor enquanto modelo alternativo de saúde, na medida em que se reconstruiu suas origens, revelaram-se suas intenções e observaram-se seus resultados. Além disso, essa análise trouxe algumas reflexões que devo aqui destacar.

A primeira delas é, quando se observa a sinergia de vários elementos que possibilitaram, no caso FAISA como em outros, a criação de um espaço facilitador para a criação da experiência descrita. Tal sincronismo, longe de ser ocasional, vem revestido de concepções originadas de uma historicidade, e mostra como os vários atores sociais se encontram em um cenário geopolítico que oferece condições para o desenvolvimento de suas ações, levando, numa amálgama de intenções e projetos, a uma formulação de uma política social em forma de um modelo tecno-assistencial voltado à saúde materno-infantil.

Quando se fala da criação desse espaço, como não sendo uma coisa fortuita, deve-se lembrar que o momento político na história da saúde público e em particular na pediatria brasileira, já acumulava discussões que permitiram a elaboração do modelo descrito. Ressalta-se em caminho inverso, que experiências isoladas como a da FAISA, como tantas outras, serviram aos pensadores da saúde, e em especial do movimento da Reforma Sanitária, como campo de análise e reflexão para as futuras propostas que se concretizariam na proposição final do SUS.

Outra reflexão que a exposição do tema acarreta é a de que o espaço de governabilidade que se apresentou, para que a formulação do modelo e de seu desenvolvimento se desse, é sem dúvida um dos mais importantes fatores para a realização desse projeto. Mas sem a participação de um elemento capaz de gerir um modelo, como um “tertius”, ou seja, de uma terceira força que viesse agregar com sua capacidade formuladora; tal espaço de governabilidade perderia então sua possibilidade de concretização. Este fato pode-se também observar em outras experiências, como a de Paulínia, na qual a Universidade entra como essa força, com a capacidade de formulação de um modelo alternativo.

Fica também claro na descrição e na análise, a limitação que o espaço de governabilidade pode vir a apresentar quando em confronto com a realidade, limitações estas impostas, por perdas de governabilidade decorrentes, muitas vezes, de variáveis não controláveis, a maioria no campo da política, o que leva a pensar nas dificuldades, que a implantação de uma proposta maior como o SUS vem encontrando, enquanto objeto de um projeto político amplo da sociedade.

Por último a abordagem do estudo, mostra e leva a divagar sobre a maneira na qual, muitas vezes, os pediatras trazem a si a responsabilidade de planejar e formular políticas de saúde, como já dito anteriormente, na busca de salvaguardar a criança como seu mote de atuação, os levariam a entrar num campo maior de prática, adquirindo assim um outro perfil, tornado-os aliados importantes na articulação das políticas públicas de saúde.

Cabe aqui, finalmente, um depoimento deste que participou de parte da história da FAISA e que testemunhou a realidade que se vivia naquela instituição, em uma questão difícil de avaliar por quaisquer métodos, numa declaração que vem afirmar, que dificilmente se poderá encontrar tantas pessoas sérias e empenhadas em seu trabalho, com um único objetivo e compromisso: a de zelar pela saúde das crianças.



SUMMARY

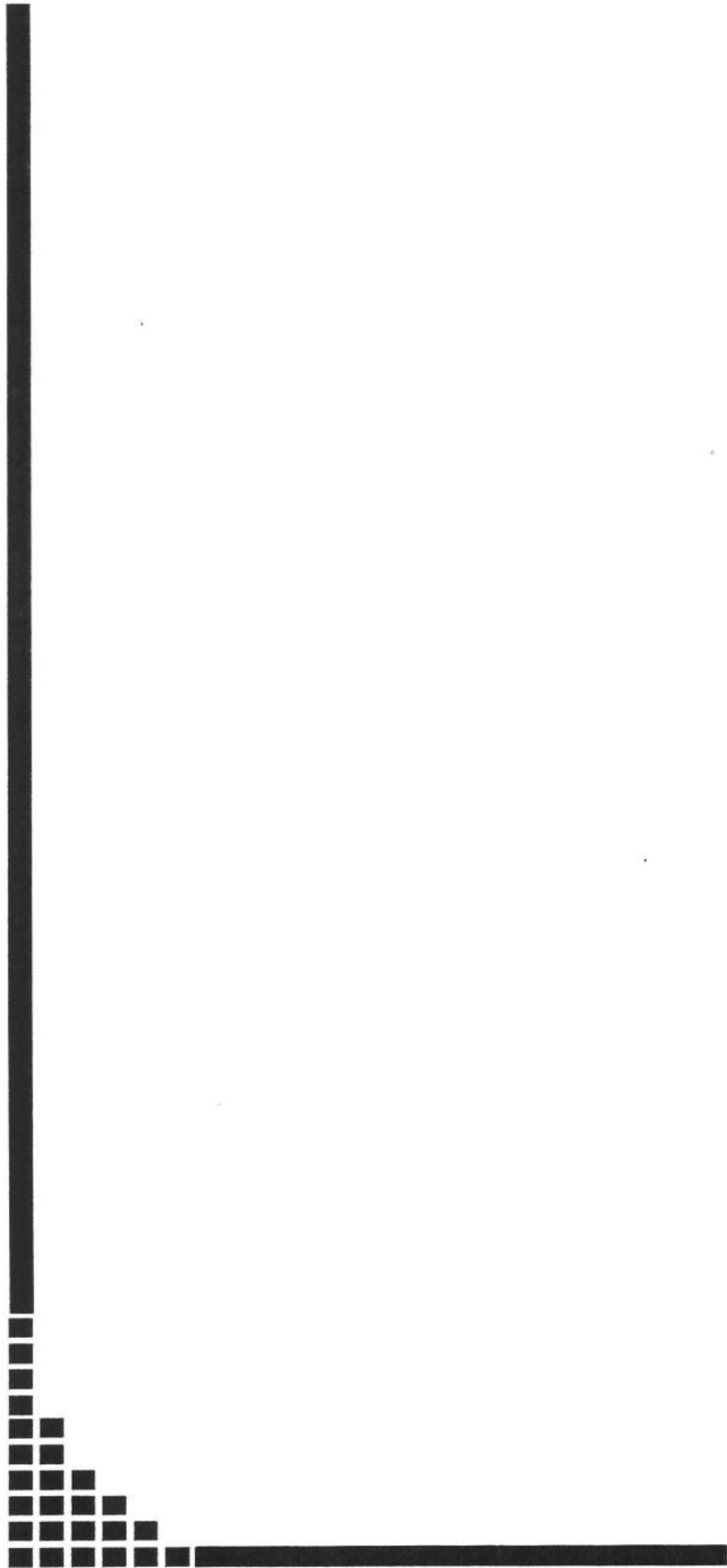
The study is composed of the description and analysis of an institution that is a model of attention to maternal-infantile health, in 20 years of its history, between 1967 and 1987, in the city of Santo André (SP).

Such institution is "Fundação de Assistência a Infância de Santo André - FAISA", an entity that appeared in a certain context and presents, in its characteristics, pioneer and innovatory aspects for the time of its appearance.

In order to understand how this entity started, let us go back in time to describe how the conformation of a pediatric practice field is delimited, that is, since the beginning of the development of the care dedicated to the children until the principles of full attention to a child's health. In the same perspective, we try to offer a panorama of the conjuncture in which Brazilian Pediatrics has developed, the maternal-infantile health policies and the public health general policies in Brazil.

The description of the FAISA background, the organization of its services, its model of attention and the impact it has on the health of the children in Santo André, as well as the analysis of the manifestation of the context in which it appeared, through texts, historical documents found and an interview with an institutional actor who is of great importance, for he was the creator of the model presented; these are the main topics of this study.

This work might be of great value for those who deal with issues regarding the formulation of models and public policies of health, as well as the affirmation of the Sole System of Health.



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AGUIAR, A. - Resumo histórico da evolução da Pediatria no Brasil in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. **História da Pediatria Brasileira**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p 153-161.
- ARIÈS, P. - **História social da criança e da família**. 2ªed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. 280p.
- BADINTER, E. - **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 10ª ed, 1985.
- BAENINGER, R. - Espaços ganhadores e espaços perdedores na dinâmica migratória paulista. In: HOGAN, D.J.; CUNHA, J.M.P.; BAENINGER, R.; CARMO, R.L. - **Migração e ambiente em São Paulo: aspectos relevantes da dinâmica recente**. Campinas, NEPO/UNICAMP, 2000. p 173-229.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. - **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2ªed. São Paulo, HUCITEC, 1986. 224p.
- BOLTANSKI, L. - **Puericultura y moral de classe**. Barcelona, Ed. Laia, 1974. 153p.
- 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, G.W.S. - **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1992a. 220p.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos de atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 37: 16-19, 1992b.
- CAMPOS, G.W.S. - Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. HUCITEC, 1994. p. 29-87.
- CANESQUI, A. M. - Assistência médica e à saúde e reprodução humana. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - **Textos NEPO 13**. Campinas, UNICAMP, 1987. p.13-163.

- CECILIO, L.C.O. – **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. 334p.
- CRESPIN, J. – Gomes de Mattos, pediatra e pioneiro in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. **História da Pediatria Brasileira**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p 153-161.
- COHN, A. – A saúde na Previdência Social e na seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: Chon, A.; Elias, P. E. – **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez – CEDEC, 1999. p 13-57.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.
- DONZELOT, J. - **A polícia das famílias**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 209p.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – **Lei Federal 8.069** de 13 de julho de 1990.
- FAISA – **Relatório de atividades 1967** – Santo André, 1967.
- FAISA – **Relatório de atividades 5 anos** - Santo André, 1971.
- FAISA – **Relatório de atividades 10 anos** – Santo André, 1977.
- FAISA – **Relatório de atividades 15 anos** – Santo André, 1982.
- FAISA – **Relatório de atividades 20 anos** – Santo André, 1987.
- FRANCO, T.B. – **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. Campinas, 1999. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, área de Saúde Coletiva).
- FREIRE, M.M.L. - **Vidas desperdiçadas: a Puericultura no discurso da OMS**. Rio de Janeiro, 1991. (Dissertação de Mestrado - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, área de Saúde da Criança).
- MARCONDES, E. - **Pediatria doutrina e ação**. São Paulo, Sarvier, 1972. 398p.

- MARQUES, A.N. - **Pediatria Social: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Cultura Médica Ltda, 1986. 397p.
- MARQUES, M.B. - Limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura. **Saúde em Debate**, 1: 28-31, 1976.
- MARQUES, M.B. - **A questão populacional internacional e as doutrinas e práticas sanitárias voltadas para a saúde materno-infantil**. Rio de Janeiro, 1982 (Mimeografado). 85p.
- MATUS, C. – **Política, planejamento e governo. Tomo I**. Brasília, IPEA, 1993. 292p.
- MENDES, E.V. - **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ªed. Rio de Janeiro/São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1999. 310p.
- MENDES, R.T. - **Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos Centros de Saúde**. Campinas, 1996. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, área de Pediatria).
- MENESES, C.S. – **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: A integridade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo**. Campinas, 1998. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, área de Saúde Coletiva).
- MERHY, E.E. - **O capitalismo e a Saúde Pública**. Campinas, Papirus, 1985. 116p.
- MERHY, E.E. - Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. São Paulo, HUCITEC, 1989. p.61-112.
- MERHY, E.E. - **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo, HUCITEC, 1992. 221p.
- MERHY, E.E. – Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. Gallo, E.; Gonçalves, R.B.M.; MERHY, E. E. In: - **Razão e planejamento: Reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117- 154.
- NOVAES, H.M.D. - **A Puericultura em questão**. São Paulo, 1979. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

- NUNES, E.D., org. – **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1983. 205p.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2ª ed. Petrópolis (RJ), Vozes, 1989. 357p.
- ORLANDI, O.V. - **Teoria e prática do amor à criança: introdução à Pediatria Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 174p.
- PASSETTI, E. – Crianças carentes e políticas públicas. **In: DEL PRIORE, M.; - História das crianças no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1999. p.347-375.
- RIVOREDO, C.R.S.F. - **Cuidar e tratar de crianças: breve história de uma prática**. Taubaté, Cabral, 1995. 129p.
- ROSEN, G. – A evolução da Medicina Social. **In: NUNES, E. D.; - Medicina Social : aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p.25-82.
- SANTO ANDRÉ – **Lei Municipal nº 2.600**, de 21 de dezembro de dezembro de 1966. Câmara Municipal de Santo André.
- SILVA JUNIOR, A. G. – **Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo, HUCITEC, 1998. 143p.
- TANAKA, O. Y. - **Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria da Saúde de São Paulo**. São Paulo, 1982. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- TELLES, W. – Um século de Pediatria **in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. História da Pediatria Brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p 147-152.
- WOISKI, J.R. – História da Pediatria de São Paulo **in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. História da Pediatria Brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p 319-329.

ZACCHI, M. A. S. – **Programa de Salud para un area urbana. Estudio de caso, Municipio de Santo André - SP – Brasil.** Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desarrollo Humano – OPS – OMS, 1988 (Mimeografado).

ZANOLLI, M. L. – **Atenção à saúde da criança em Paulínia: Um campo de prática da pediatria social.** Campinas, 1999. (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, área de Pediatria).



ANEXOS

ENTREVISTA

A entrevista com a Profa. Dra. Maria Aparecida Sampaio Zacchi foi realizada em duas sessões em maio e junho de 2000, quando foram realizadas algumas perguntas que buscavam abordar apenas duas questões: o histórico da FAISA e quais influências ela teria tido para pensar o modelo que foi desenvolvido. Foi uma conversa gostosa e produtiva e procurei deixá-la narrar o mais livremente possível. Impressiona a riqueza de detalhes e a memória prodigiosa da Doutora, como respeitosa e carinhosamente todos a chamamos, e que fazem da narrativa uma leitura interessante e agradável a aqueles que se interessam pela história das instituições e das pessoas que as fazem no nosso país. A entrevista foi transcrita da gravação, e depois por mim editada para tornar a leitura mais fácil, sempre procurando manter o texto o mais próximo do que foi dito.

História da FAISA:

- Em 1963 o Lions procurou a prefeitura, aí é importante dizer da importância da comunidade, sem ela não teríamos feito a FAISA. Então o grupo do Lions Clube Centro de Santo André, procurou a Prefeitura, o prefeito, querendo construir um prédio para doar para a assistência à infância, com doações das indústrias e de campanhas que faziam, eles construíram um prédio que viria a ser o CAI A primeira idéia era de construir um posto de puericultura, mas depois quando ficou pronto, depois de 3 anos o prefeito, o Zampol vendo que a assistência no município estava muito ruim e ele não conseguia melhorar, ele estava muito insatisfeito, ofereceu ao Lions a administração do posto. O pessoal do Lions que nessa época tinha visto como estava ruim a assistência à infância disse que não, ou eles pegavam toda assistência ou nada. O prefeito aceitou e aí surgiu a idéia de fazer uma fundação que faria a assistência no município. Assim nasceu a FAISA.

- Eu cheguei depois, eles já tinham decidido fazer uma fundação. Na época eu estava no Hospital da Cruz Vermelha como chefe de Clínica Pediátrica e estava montando o Centro de Estudos e a residência médica, tinha saído da Clínica Infantil do Ipiranga para isso em 1965. Um médico de Santo André que era do Lions e me conhecia do Hospital Cândido Fontoura me indicou e eles da Curadoria da FAISA, o Sr. Rigamonti que seria o presidente da Curadoria me procurou e marcaram uma entrevista comigo. A entrevista

demorou 5 horas, eles me sabatinando, querendo saber tudo de mim, eles não me conheciam... No final eu falei que agradecia o convite, mas não queria o cargo, porque estava na Cruz Vermelha e estava montando o serviço de Nefrologia. No dia seguinte, procurei o Gomes de Mattos e contei para ele o que tinha se passado; ele foi escutando e não falou nada, no final perguntou o telefone do presidente, o Rigamonti, e eu dei para ele, e na minha frente, ele ligou para o Rigamonti e disse “Aqui quem está falando é o Dr. Gomes de Mattos, eu estou ligando para dizer que a Dra. Aparecida reconsiderou e vai aceitar a sua proposta” (risos), era assim que ele fazia....

- Aí eu voltei para uma nova entrevista, e foram mais 5 horas, só que desta vez eu que os sabatinei, queria saber o que eles pretendiam, o que pensavam...Isso foi em abril de 1967, em maio eu comecei a escrever as circulares e montar a equipe, trouxe a Marie que foi montar o Santa Terezinha e começamos....

- Eu lhe contei que o Rigamonti queria que eu largasse, vamos dizer, metade de abril e o mês de maio, mas eu tinha dado aviso prévio de um mês, na Cruz Vermelha, que eu deixasse, eu disse ‘não, eu me comprometi a trabalhar até dia 31 de maio, eu vou trabalhar até 31 de maio’, e ‘quantas horas, até que horas trabalhava lá, cinco horas’, e ele pontualmente chegava todos os dias às cinco horas, trabalhávamos duas, umas duas horas, às vezes mais. Assim, eu comecei a organizar a parte médica por conta própria, através das ordens de serviço, você está lembrado das ordens de serviço. Ordens de serviço e circulares, se era para ficar, para valer, ou se era apenas para avisar. E ele, todos os dias pegava o que eu escrevia à noite, à tarde ele pegava, no dia seguinte trazia datilografado, para eu rever, e depois ele mandava mimeografar. E assim eu fui indo com os regulamentos médicos e funcionamento, horários. Começou só de manhã, a FAISA a funcionar, e o PS com as normas. Mas foi da minha cabeça, te juro, não tive nem tempo de ler bibliografia, saber como se organizava um serviço. Agora a parte administrativa eu já te contei, foi o conselho, sob a presidência do sr. Rigamonti e os assessores das grandes indústrias que organizaram a parte administrativa, a parte médica fui eu, sozinha, a noite, durante o dia eu trabalhava na Cruz Vermelha.

- Quando chegou no dia 31, o Rigamonti perdeu a paciência e mandou sem prévio aviso, que um dos curadores fosse me buscar na CV. E eu fui, saí ao meio-dia, aquele dia, foi o último, quer dizer com todas as licenças do diretor e tudo mais, quer dizer, trabalhei a tarde toda com o Rigamonti, organizando as salas, os serviços, pondo os móveis, fazendo o que eu tinha feito no Cândido Fontoura com o então diretor geral do D.E.C., fiz o mesmo no CAI.

- Quando eu cheguei, eu pedi estatísticas para a prefeitura; eram tão falhas ou inexistentes, que eu desisti, porque uma das coisas que eu exigi do Rigamonti era criar um serviço de arquivo médico-estatístico, isso desde o primeiro dia funcionou. Quer dizer, eu contratei a Zeli, primeiro por quatro horas, depois oito horas, com pleno conhecimento e consentimento da dra. Luiza, cujo sobrenome eu esqueço, uma grande estaticista, chefe do arquivo médico-estatístico da Cruz Vermelha, e de outros hospitais, do Darcy Vargas também, e esta dra. Maria Luiza, depois de um ano e meio mais ou menos, a convite meu esteve na FAISA, e viu o funcionamento do SAME, ela me disse que não tinha nenhuma experiência de SAME de ambulatório, e o grosso na FAISA era ambulatório, PS e postos, ela disse que ficou encantada, quer dizer, ela não me ajudou, a parte de hospital Zeli me ajudou muito, mas a parte de ambulatório eu inventei.

- O interessante é isso, durante anos, foram 15 anos, eu não sei quantas ordens de serviço, e poucas modificando anteriores, algumas foi preciso ampliar, corrigir, mudar; circulares tinham valor transitório, isso eu não me preocupei nunca, quando precisava eu fazia outra circular, e mimeografado, tudo, e distribuído; agora o sistema, por exemplo, de pastas, que recolhia todos os dias, o motorista percorria cada posto e recolhia a estatística do dia, os relatórios. De consultas, de números de puericultura, disso, de tudo, vacinação, tantas, matrículas, as planilhas; isso tudo eu inventei, o Rigamonti mandava datilografar e depois imprimir, entende.

- Agora, quando eu criei os consultórios de higiene pré-natal, eu já tinha a experiência; é completamente diferente a área, mas já tinha a experiência da pediatria, então eu fiz da mesma forma, ordens de serviço regulamentando, e depois, se necessário, circulares. Foi em 1976, quando o Dr. Carlos Vicente Serrano, representante da OMS no Brasil fez uma visita à FAISA e adorou, ficou o dia todo, no final da visita ele disse

“Só tem uma falha, no seu serviço” e eu disse “Já sei, falta higiene pré-natal” e expliquei para ele que desde o começo quando me chamaram para trabalhar na FAISA eu dizia que queria fazer um serviço de higiene pré-natal, mas não tinha recursos. Aí ele disse “Você faça um projeto que eu arrumo os recursos” e em uma semana eu fiz o projeto de 12 consultórios e maternidade, que você conhece, ele levou para Washington e conseguiu a verba pela Kellogs e fizemos o serviço.

História da Pediatria:

- Eu poderia dizer a você que a pediatria em São Paulo surgiu, (eu nasci em São Paulo, eu estou com 82 anos, então há mais ou menos uns 85, 90 anos) com o Margarido Filho e o Chiaffarelli. Eram os médicos que atendiam criança especialmente em consultório, e eu sei dessa data, porque na minha família, mamãe contava, quando eu era muito pequenininha, eu tive qualquer doença que o médico de família nosso, naquele tempo era médico de família mesmo, era o “Doutor Lane”, ele era canadense ou americano, não sei, mas já no Brasil há muitos anos. Mas eu não sei que foi, que doença foi, nunca ninguém foi capaz de me explicar, e eu fui, mamãe me levou no Margarido Filho, eu estou com 82, então ele já era pediatra nesse tempo.

- Mas o Chiaffarelli e o Margarido eram famosos por atender só crianças e realmente eram bons pediatras. O Gomes de Mattos fez o aprendizado da pediatria no consultório dos dois. E olha que se o Gomes de Mattos fosse vivo, teria 102 anos agora, ele era carioca, veio para São Paulo já com uns 30 anos, é isso mesmo, deve ter uns 80 anos que existe a pediatria como especialidade em São Paulo.

- E havia homeopatas que também tratavam de crianças já naquele tempo...

- Pioneiros foram o Murtinho e o meu tio, Alberto Seabra, que se formou na Bahia, o Alberto Seabra, eu conheci bem ele, ele foi um dos pioneiros da homeopatia aqui em São Paulo. Aqui em São Paulo e no Brasil.

- Quando Pedro de Alcântara assumiu a cátedra de Pediatria, era cátedra naquele tempo, foi em 1945, e ele não sendo pediatra e não tendo uma equipe, ele era amicíssimo do Gomes de Mattos o diretor da Clínica Infantil do Ipiranga, então ele pediu

ao Mattos que mandasse a ele o melhor dos pediatras que o Mattos tivesse para poder iniciar, a história é muito interessante quando é contada por quem viveu; eu não vivi, nesta época eu ainda não estava trabalhando com o Mattos, ele que me contou, pediu que indicasse um bom pediatra para ele começar a formar a equipe, e o Mattos, de todos os pediatras que estavam trabalhando com ele mandou o Woiski, o Professor, que era jovem naquela ocasião em 1945, e o Woiski trabalhava na Clínica Infantil do Ipiranga antes disto; bom aí a partir do Woiski, o Prof. Pedro de Alcântara foi formando a equipe dele, mas o primeiro foi o Woiski. O Woiski foi premiado e o Pedro de Alcântara o indicou para primeiro Professor de Ribeirão Preto e o Azarias foi premiado porque o Woiski que era Professor da Paulista, pediu demissão da Paulista, e foi o Azarias no lugar dele. Da USP saíram uns dez pediatras que fundaram o Hospital Darcy Vargas que virou hospital pediátrico, O Guilherme Matar foi para o Hospital do Servidor do Estado, chegou a chefia da Pediatria; o Fernando Figueira, pernambucano, muito meu amigo, voltou para Pernambuco e fez muito bem porque depois de pouco tempo ele era professor das duas faculdades de Recife....

Formação em pediatria e a influência de Gomes de Mattos:

- Bom isso parte da minha formação, da minha visão como pediatra, e eu posso pular os primeiros dois anos de formada, que eu me formei em dezembro de 1944 e me casei em março, três meses depois, e meu marido estava e trabalhava em Pernambuco, e estava estudando medicina lá. Passamos dois anos lá, e aí, eu já estava resolvida a fazer pediatria, fui procurar o único hospital de crianças na época, que existia no Recife, e quem era o diretor era o então professor de pediatria da faculdade, eu não lembro o sobrenome dele - e ele me recebeu muito bem, eu pedi licença, naquele tempo a gente pedia licença para trabalhar, porque ninguém recebia nada, nem ele, nem o diretor do hospital, nenhum dos médicos que trabalhavam lá. Isso faz parte da história da pediatria.

Mas eu tinha que trabalhar para poder aprender, tendo partido de um curso de pediatria ruim, mas é uma verdade, eu dizia isso nas aulas às vezes. Me formei na USP, na grande Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na época que o ensino prático de medicina não era bom, a parte teórica era maravilhosa, os três primeiros anos, grandes professores, não todos, mas a maioria, mas depois, quando no quarto ano,

passávamos para a parte prática de clínica. A pediatria era só no sexto ano, um ano só, mas a parte clínica era muito precária, era toda na Santa Casa de Misericórdia, toda a parte prática, porque o Hospital das Clínicas estava, já estava, quando eu me formei, em construção, mas foi inaugurado em 45, eu me formei em 44, quer dizer que não trabalhei no HC, nunca. Mas a parte clínica, eram todos eles professores, todos eles nomeados porque eram os primeiros professores, sem concurso, e o meu professor de pediatria não era pediatra, ele era laboratorista de análises de laboratório, então o curso teórico de pediatria foi o pior possível, que eu me lembre de ter.

- Eu aprendi, em pediatria que papa de banana era bom para diarreia, que me lembre, de todo um ano de curso. E a parte prática se resumia a distribuir os leitos da pediatria na enfermaria, cada leito para um aluno, eu recebi um, tive dois pacientes durante um ano, um ano letivo. E, não freqüentava os prontos-socorros, que existiam na Santa Casa, mas não fazia parte do ensino, e nunca, nem pensar em ambulatório, então a formação pediátrica que eu tive foi a pior possível, as outras clínicas, algumas melhores, a clínica médica tinha o *Decourzinho* que era um gênio e que lecionava maravilhosamente bem. Quando era a do titular, o catedrático, Ovídio Pires de Campos, era a pior coisa do mundo, porque eu não sei se ele era nem médico, porque eu sei que em um semestre era vários professores, vários ramos de clínica. Um semestre, ele resolveu dar diabete, mas ele levou o semestre inteiro dando diabete, mas não chegou a dar o tratamento. Não, a minha formação clínica, prática foi péssima, não foi péssima porque desde o início das férias do terceiro ano, isso todos faziam, todos os estudantes faziam, eu me filiei ao grupo do José Fernandes Pontes e do Michel Jamra, entre ambos, eles tinham 20 leitos na enfermaria de mulheres da Santa Casa, aquelas grandes enfermarias com 40 leitos, uma coisa assim, eles tinham um lado da enfermaria; e o professor eu nem sei mais quem era, de tão apagado que era. Mas então, eu aprendi lindamente semiologia, clínica geral com o Pontes, que já se encaminhava para gastro, mas ainda não tinha campo lá para fazer gastroenterologia, mas já se encaminhava para gastroenterologia, e o Michel já se encaminhava para hematologia, mas tratavam de tudo, tudo que entrasse naquela enfermaria. E era, eu disse numa reunião lá no Centro de Estudos da Faisa que eu era escrava do Pontes, com quem eu me afinei mais, questão de afinidade com o Pontes. Ele exigia presença dos alunos, quarto, quinto e sexto anos eu fiz com ele, diariamente, sábado, domingo, feriado, dia santo, último dia do

ano, primeiro dia do ano (risos), mas era um ensino muito objetivo, e o Pontes era grande mesmo. Ele era formado três anos antes que eu, mas já ensinava. E nós, escravos, estudantes, não era residente, era escravo, aprendemos bastante, quer dizer que o que eu sabia de clínica quando saí da faculdade, mas não de pediatria, foi a custas do Pontes, não do restante, fora as aulas do *Decourzinho*. É, Decour, o pai dele era professor de botânica, mas em ginásio, grande professor. Mas, daí fui para Recife, não tinha um só hospital, me informei, me apresentei sozinha, disse que era de São Paulo, formada na USP, e pedi licença para trabalhar, e ele me permitiu. Nunca me permitiu assinar o livro de pontos, acho que de medo que eu reivindicasse salário, mas ninguém ganhava, nenhum dos outros pediatras, nenhum dos cirurgiões, tinha cirurgia também no hospital. E foi uma aventura muito grande, porque, depois de um mês, o diretor adquiriu tamanha confiança em mim, eu não sei bem porquê, mas deve ser talvez pela seriedade, que ele me pôs como chefe da enfermaria de lactentes, onde morria muito mais criança do que em qualquer outro setor. O Diretor raramente ia para orientar, eu tinha que me virar sozinha, então, com o *Holt*, o tratado de pediatria que era minha bíblia, eu ia para casa e estudava, estudava, tinha pesadelo, sonhava com as crianças, (risos), mas sozinha, eu sou autodidata. Quando meu marido resolveu voltar para São Paulo, ele não terminou o curso de medicina lá, em Pernambuco; olha, porque não quis; porque não fui eu que quis voltar, foi ele. Voltamos para São Paulo, e eu fui me despedir do velho professor, diretor do hospital, e agradecer dois anos que eu estive lá, ele estava doente, ele disse “Você lá, em São Paulo, vai continuar a pediatria?”, eu disse “Vou, pretendo”, “Onde é que vai trabalhar?”, eu disse “Não sei, não tenho idéia ainda, eu não tenho campo na Universidade de São Paulo porque começou outro professor, em um outro hospital, e vai ser difícil para eu ingressar”, ele disse “Então eu vou lhe dar um conselho, procure..., a senhora conhece a Clínica Infantil do Ipiranga?”, eu disse “Não”, “Nunca ouviu falar?”, “Não” - nasci e morei em São Paulo a vida inteira, mas não conhecia -, “Não conhece o Gomes de Mattos?”, eu disse “Não”, ele disse “Então eu vou indicar a senhora a procurar o Gomes de Mattos e a Clínica Infantil do Ipiranga, que é o melhor serviço de pediatria no Brasil”; e o Gomes de Mattos não tinha título universitário nenhum, ele tinha inteligência e garra, e capacidade, muito estudioso.

- Bom, eu cheguei a São Paulo, fui na clínica, me apresentei, e ele me cativou de primeira intenção porque cheguei lá sozinha, uma pessoa que tomava conta da clínica, não tinha nem enfermeira, me levou para sala dos médicos; começaram a chegar, eu cheguei oito horas, começaram a chegar os médicos, eu dizia “Bom dia”, eles diziam “Bom dia”, não falava porque não tinham cara de diretor; lá pelas dez horas, apareceu um que tinha cara de diretor, eu me levantei e disse “O senhor é o doutor Gomes de Mattos”, “Sou, porquê?”; então expliquei que era formada em medicina, tinha feito dois anos em Recife, que o professor Antônio, tinha recomendado que eu o procurasse, com a referência de que, para ele, era o melhor serviço pediátrico do Brasil. E era, só que eu não sabia. E ele tirou - o gesto foi lindo - tirou a caneta do bolso e disse “Assine aqui, no livro de ponto”. Isso já era a aceitação, não é? E tinha um centro de estudos, e, por acaso, naquela quinta-feira, que eu fui, tinha reunião do centro de estudos, e o orador era ele, me lembro que ele falou, isso em 47, 9 de janeiro de 1947, ele falou sobre convulsões na infância, ele não era professor, mas falou com tanta, sei lá, tão bem, que fiquei 19 anos. E também adquiri tão bem a confiança dele, porque havia um setor separado do ambulatório, era só ambulatório de pediatria naquele tempo, não tinha enfermaria. Quando eu comecei, em 47, não. Isso já veio um pouco depois, mas não tinha.

- Era só ambulatório, ambulatório geral, e tinha um setor que era a menina dos olhos dele, que era o setor de lactário, quer dizer, eram cem vagas de crianças, comprovadamente necessitadas, que recebiam alimentação, que não estavam sendo amamentadas, recebiam alimentação completa para o dia, para 24 horas, conforme a idade, e só ele atendia aquelas crianças. Como era o diretor, ele chegava às dez, todo mundo já sabia que ele chegava a essa hora, primeira coisa que ele fazia era atender as crianças do lactário. E ele disse “Venha comigo”, e eu o acompanhei, acompanhei durante umas duas semanas, depois de umas duas semanas, ele disse “Daqui por diante você vai atender sozinha”. Quer dizer, adquiriu confiança, olha tinha uns oito pediatras...

- As mães iam buscar uma cestinha, com seis mamadeiras, se era só leite, ou com cinco, conforme a idade, ou com quatro mamadeiras e uma sopinha, ou duas sopinhas - também a sopa, a gente fazia lá, tudo era idéia do Mattos, pediatria social mesmo. E, com ordem, ninguém tinha geladeira, com ordem de colocar dentro de um balde, uma vasilha

com água no local mais fresco da casa, e durava 24 horas. No dia seguinte, devolviam as mamadeiras vazias, a cestinha, e a gente enchia a cestinha.

- Era o atendimento geral de pediatria, puericultura, dessas crianças, de menos de um ano. Era até um ano que a gente fazia o serviço, atendia até um ano. E era um serviço muito bonito, e as crianças se desenvolviam, as do lactário, paupérrimas, como criança rica; é uma coisa linda, viu, foi aí que eu me apaixonei por puericultura, eu estou contando esse detalhe, porque você pega uma criança sem condições de vida, sem dinheiro na família, e alimenta corretamente, não, elas voltavam uma vez por mês para consulta, e a gente então avaliava o desenvolvimento, o crescimento e tudo mais, era a alimentação correta para idade, e ia mudando à medida que a criança ia crescendo; depois com um ano, cortava o fornecimento da alimentação, mais aí já estavam comendo outras coisas. Era tão bom o atendimento, que, quando nasceu meu primeiro filho, o Dr. Mattos o matriculou no Serviço de Lactário.

- Eu trabalhei cinco anos na clínica sem ganhar um centavo, era assim, a gente pedia licença para trabalhar. Não havia residência em lugar nenhum, isso foi criado mais tarde. Foi de 1947 até fins de 51, em 1951 foi o Mattos que conseguiu com o Secretário da Saúde do Estado, ou melhor, com o governador, que foi visitar o serviço - era famoso na época -, ficou tão encantado que perguntou “Doutor Gomes de Mattos, o que o senhor acha que eu posso fazer para ajudar?”, eu estava perto, acompanhando a visita do governador, e o Gomes de Mattos falou “Não, eu quero apenas que o senhor nomeie dois pediatras, de minha escolha, e comissione aqui no serviço”. E ele o fez, só que a escolha do Mattos fui eu, e o governador mandou um outro da escolha dele. O Mattos deu o meu nome, isso deu muito ciúme nos médicos da clínica mais antigos, ele ter escolhido eu, uma das mais novas. Mas é que foi uma questão de afinidade e de confiança.

- E aí eu passei a ganhar, mas pelo Estado, fazia 4 horas na clínica, mas ficava oito, porque não tinha enfermaria como eu disse, mas chegava criança com desidratação de terceiro grau, e eu criei, eu, isso fui eu, pedi licença para o Mattos, na sala quatro, uma sala junto ao ambulatório geral, e a gente reidratava, issoa foi em 51, começo de 51. Eu ficava de tarde, quer dizer, pegava a veia, logo cedo, ia correndo soro, até as cinco horas, às cinco horas, eu tirava da veia a agulha, mandava para casa, e orientava para continuar dando

hidratação oral, e voltar às oito horas da manhã, se ainda precisava, pegava de novo a veia - é, são tempos heróicos da medicina, mas só eu fazia isso. Então, eu dizia ao Doutor Mattos que duas grandes coisas me moviam na pediatria, primeiro, era pegar um recém-nascido sadio e levar para frente sadio; segundo caso grave, especialista em caso grave, eu não sei, isso me movia muito, tirar da gravidade. Mas era tempo heróico, não é?

- Hidratar durante oito, seis horas, mandar para casa, não tinha hospital, não é? Mesas eram duas mesas só, era pouca criança que dava para fazer isso, mas realmente era só eu que fazia isso, tempo heróico; transfusão de sangue a gente fazia braço a braço, tirava do braço da pessoa compatível, o pai ou a mãe, quer dizer, fazia os testes todos, e teste cruzado e tudo mais, e tirava com uma seringa 50 ml, siliconizada, claro que esterilizada, mas siliconizada para não coagular, punha o pai deitado numa mesa, e a criancinha na outra, eram dois médicos, um tirava sangue, o outro já tinha pegado a veia da criancinha, ia injetando, por seringa, devagarzinho, devagarzinho, devagarzinho, e cansava tanto, porque o sangue era espesso, e a agulha não podia ser muito grossa porque era criança; o João Faria, que já estava na clínica quando eu cheguei, querido amigo, que morreu trabalhando comigo na FAISA. O João Faria apelidou de “isquemia dos polegares” porque dava câimbra, às vezes a gente mudava de médico, passava a seringa para outro porque não agüentava mais, fazíamos transfusão assim.

Pois é. Eu sou do tempo da hidratação com hialorunidase, estudamos muito isso, na barriga, na pele, e, mas hidratava, viu, a hialorunidase é uma substância que destruía um pouco as paredes, quer dizer, e, e aumentava a área de absorção. Não é técnica que prestasse.

- Mas era da época, e não fui eu que inventei, depois é que veio o gota-a-gota, foi na Santa Casa, o Paulo de Barros França, o primeiro em 1950, a utilizar o gota-a-gota na veia de criança. Não existia, eu me formei em 44, e em 51 eu já estava fazendo, mas nessa base de não ter hospital e fazer em sala de ambulatório, anexa ao ambulatório, mas fazíamos transfusão de sangue no peritônio, às vezes, uma loucura.

Mas salvava vidas, salvava... eu salvei tanta vida desse jeito, de chegar morrendo, desidratado assim de olho fundo, moleira lá embaixo, também eu fui expert de pegar veia de criança, já não sou mais, mas fui. E em 55 é que eu fui para o México. Bom, mas então, na minha formação o que me influenciou foi trabalhar sempre com serviço social de criança, a clínica não cobrava um centavo da população, nós não ganhávamos, mas isso era o que menos importava. As famílias não pagavam.

- Era filantrópico, mas filantrópica mesmo e era criança pobre ou classe média baixa. Ipiranga era uma periferia paupérrima. Bom, e eu me empenhei nisso, me apaixonei por isso, quando saí da clínica fui para a Cruz Vermelha, era outro hospital filantrópico, na ocasião, presidido pelo Antônio Ermírio de Moraes, e ele reconheceu o valor do trabalho que eu estava fazendo.

- É, ele foi tão maravilhoso o Antônio Ermírio que, chegou ao conhecimento dele que eu ganhava por quatro horas e ficava oito, e ficava porque criei a Residência, o Centro de Estudos e a Anatomia Patológica. Foram três realizações em um ano e nove meses. Agora a residência é no que eu me empenhava mais, e eu ficava a tarde por causa dos residentes. E ele soube e me propôs pagar oito horas em vez de quatro. Você já viu alguém propor ao funcionário, ao empregado ganhar o dobro, que trabalhava espontaneamente o dobro, isso depois de meses lá, eu disse para o diretor “claro que eu aceito”, eu não pedi, mas aceitei, quer dizer o sujeito reconheceu o valor das pessoas, não é, o empenho. Bom, na Cruz Vermelha foi que me convidaram para Santo André.

- Agora, e daí, quer dizer, tinha a experiência do ambulatório da primeira infância do Ipiranga, tinha a experiência do Hospital, não havia ambulatório, na Cruz Vermelha, era referência, ou então chegava morrendo, tinha pronto-socorro e já internava, e uma vontade louca de ajudar essas crianças, e não me conformava com consultório particular, nem tinha interesse, eu te contei que eu mandava as crianças para a clínica, eu morava no Ipiranga. Fui morar no Ipiranga de propósito, ia nascer o meu filho mais velho, e eu procurei casa o mais perto possível, era só atravessar a rua e entrar, porque não tinha telefone, para poder cuidar do filho e do serviço. Nessa ocasião eram só quatro horas que eu trabalhava, depois que eles começaram a crescer eu consegui uma babá de grande confiança.

- É, e minha tia Zulmira, quando eu estava fazendo medicina, queria porque queria que eu fizesse homeopatia, então eu acho que eu sou uma das únicas pediatras do mundo que nunca fez homeopatia, mas leu o Hanneman todinho. Inteiro, traduzido para o português. Mas quando eu acabei de ler, achei muito interessante, teoricamente falando, muito interessante, fiquei bastante influenciada, mas não me convenceu. Eu disse “Ah, tia Zulmira, me desculpe, mas não vou fazer isso, eu vou fazer pediatria”.

- O velho era danado! Ele, eu devo realmente a minha formação pediátrica ao Gomes de Mattos, não apenas ele tinha confiança em mim, ele dizia que eu era o braço direito e também o esquerdo dele, me fez primeira assistente. Ele me orientou, o primeiro congresso que eu fui, foi no Rio Grande do Sul, foi em 50, 1950, apresentando trabalho que eu tinha feito na Clínica sob a orientação dele, e ele tinha tanto carinho e tanto cuidado por mim, porque ele era bravo, me tratava às vezes gritando, mas gostava, gostava mesmo. Quando eu chego no aeroporto, a Estela Budiansky, que foi grande lá, livre docente, estava no aeroporto e procurando Maria Aparecida, Maria Aparecida, Maria Aparecida. Eu me apresentei, ela disse “olha, eu recebi uma carta do Gomes de Mattos, recomendando você com tanto carinho, que vou tomar conta de você o tempo todo”, era muito mais velha do que eu. Mas o Mattos tinha isso de planejar minha carreira e exigir.

- Porque o Mattos, o sonho dele era me fazer substituta quando ele deixasse de ser diretor, ele queria que eu tivesse título universitário, ele exigiu de mim que fizesse livre-docência, mas nós não tínhamos condições na Clínica para isso, tínhamos feito muitas pesquisas na clínica, e pesquisas importantíssimas, por exemplo, aquela da prevenção do tétano em recém-nascido, foi feita lá na Clínica Infantil do Ipiranga.

- Foi o Mattos, o Mattos que planejou, a partir dessa frase do relatório da ONU, duma revistinha da ONU, da ONU não, da OMS, da Organização Mundial de Saúde, uma frase que dizia “Seria interessante, nos países em que o tétano de recém-nascido ainda é endêmico, verificar a possibilidade da vacinação da gestante”, a frase era essa; a partir dessa frase, o Mattos desenvolveu todo um plano, que foi lindo, e toda parte de vacinação da gestante foi feita na clínica, no consultório de higiene pré-natal, tinha um consultório só, e era assim, era um médico por dia, e quem fazia a dosagem de anticorpos era o professor Lacaz, da USP. Foi um trabalho assim de gigante, de 700 e tantas gestantes corretamente

vacinadas, colhido o sangue antes da primeira injeção, antes da segunda, antes da terceira, e na ocasião do parto, para saber o nível de proteção da gestante, e o sangue do cordão do recém-nascido, para saber o nível de proteção neles.

- Olha de 700 e tantas gestantes vacinadas, nós conseguimos o sangue de 42 recém-nascidos só, porque não havia maternidade, então era vacinada no ambulatório da clínica, encaminhada para o setor de maternidade da Escola Paulista de Medicina, claro que o Mattos entrou em contato com o professor de obstetria da Escola Paulista, e com os obstetras, os assistentes, para receber essas gestantes. As mulheres no oitavo para o nono mês recebiam uma carta encaminhando para Maternidade da Escola Paulista de Medicina, e já com as especificações, era para colher sangue das parturientes e sangue do cordão do recém-nascido. Essa carta era entregue à gestante já no final da gravidez e, o que acontecia, muitas vezes ela não ia, então esse caso se perdia, muitas vezes elas iam, e não davam atenção para a carta, não colhiam o sangue, muitas vezes acontecia colher o sangue, tanto da parturiente quanto do cordão umbilical do recém-nascido, e simplesmente, não avisavam o Mattos, porque avisando o Mattos, esse era o plano, ele ia buscar e levava para o Lacaz. Mas você vê, como era duro fazer pesquisa naquele tempo.

- Pois nós fizemos, e fomos pioneiros no mundo. O Mattos, o trabalho existe, foi publicado, foi prêmio da Nestlé, a Nestlé publicou nos ANAIS Nestlé, distribuiu no Brasil inteiro, mas sabe que medicina escrita em português ninguém lê, não é, e eu briguei com o Gomes de Mattos para que fizesse um resumo e mandasse para publicação em qualquer revista americana ou inglesa; que nós tínhamos uma biblioteca maravilhosa na clínica, recebíamos revistas do mundo inteiro, quer dizer, é claro que as americanas e as inglesas nós assinávamos, no Centro de Estudos assinávamos, mas dos outros era em troca da *Pediatria Prática* (revista editada na Clínica Infantil do Ipiranga), nós mandávamos a nossa revista e recebíamos revistas da Itália, da França, da Inglaterra, como eu disse era sob assinatura, da Alemanha, da Romênia, da Rússia, da Polônia, olha, a gente podia dizer que era o mundo civilizado todo. Nós tínhamos uma biblioteca maravilhosa na Clínica Infantil do Ipiranga. Que foi desfeita depois que os padres entraram, mas era o orgulho do Mattos e meu, porque eu trabalhava brutalmente na biblioteca. Havia uma bibliotecária, mas quem tomava conta era eu. É que eu gostava, gostava de lidar com isso e estudei muito lá, muito mesmo. E tinha um material maravilhoso porque essa biblioteca me dava esse material.

Formação no Hospital Infantil do México:

- Bom, quando fui para o México, eu estava na Clínica Infantil do Ipiranga, para aprimorar conhecimentos em pediatria, o Mattos, sem me consultar, pediu ao diretor do Hospital Infantil do México, numa ocasião em que estive aqui, Don Federico Gomez Santos, chamavam Don, Doutor Federico Gomez Santos, que veio ao congresso de 1954, ano do centenário de São Paulo...

- Ele era o chefe do serviço de desnutrição do Hospital Infantil do México, e era o diretor do Hospital. Tinha gente maravilhosa dentro do serviço de nutrição, era uma enfermaria de uns vinte leitos ou quase, e entravam só desnutridos, e fizeram estudos maravilhosos...

- O Galvan, maravilhoso, o Frank, que era o cientista maior do grupo, o Galvan um grande clínico, o Frank e outros, meu Deus do céu, e o Federico Gomes. Ele passava a visita uma vez por semana. Bom, mas eu fui porque o Mattos, em 54, conseguiu entrar em contato com ele, não era fácil porque quem o trouxe segurava, não é? Um dia ele se plantou no hotel onde estava o Gomez e esperou ele descer, e conversou, e ele foi visitar a Clínica Infantil do Ipiranga. Eu estranhei, dele, Don Federico, dar tanta atenção a mim, e o Mattos me fez mostrar a clínica, acompanhando, mas eu falando, e o Doutor Federico Gomez realmente estava dando atenção para mim, e eu estranhei a atenção assim maior do que o normal, que afinal de contas o diretor era o Mattos, não é? E mostrei o serviço, aí já tinha o prédio da enfermaria, uma pequena enfermaria de 25 leitos, só naquele tempo, agora cresceu o hospital demais, só que degenerou, mas era assim, 25 leitos. E o Gomez me fez uma porção de perguntas, eu respondia, totalmente inocente do plano do Mattos, mas ele já tinha conversado...

- Daí, depois de algum tempo, ainda no fim de 54, eu vejo o Mattos ditando para a secretária o meu currículo, foi aí que ele me contou que tinha combinado com o Dr. Frederico de eu ir fazer internato no México. Eu disse “Mas não adianta, eu não vou”, bom, mas isso não interessa, fui, meu marido estimulou muito, porque ele era um marido maravilhoso, queria que eu progredisse. Fui e lá eles já acharam que eu tinha dez anos de formada já, que era uma formação muito maior que dois anos de internato poderia me dar, e

me ofereceram a chefia do internato, a sub-residência na hierarquia do hospital. Eu fiquei dois anos e dois meses, dois meses para conhecer o serviço, acompanhar, e daí entrei direto no trabalho, no rodízio, e fiquei dois anos, sofri muito lá.

- Éram quarenta e poucos internos em um hospital de 600 e tantos leitos. Quarenta e poucos internos, doze sub-residentes que tinham que passar por várias enfermarias ou serviços de emergência, por rodízio; a gente rodava no Hospital inteiro e dava plantão duas noites não, uma sim, e no fim de semana trabalhávamos no sábado normalmente, das oito ao meio-dia, há uma hora entrava de plantão e só saíamos às oito horas de segunda-feira. Vê como era diferente, a medicina antigamente, às oito horas deixava o plantão, mas já pegava o serviço regular, quer dizer dava plantão sábado a tarde, domingo inteirinho e segunda-feira era dia normal. Agora a turma reclama de ficar 12 horas de plantão, agora era loucura...

- Era um cansaço tremendo viu, aos domingos, como eram os doze, os fins de semana, não, eram dividido em quatro grupos de três, então, isso acontecia uma vez por mês, um fim de semana por mês, que aquele grupo ficava de plantão.

- Era só hospital, não tinha ambulatório, a não ser serviço de urgência e serviço de triagem, um ambulatório de urgência. Conforme fosse mandava correndo para o serviço de emergência, ou entrava direto na emergência, dependendo da gravidade do caso, ou triava para marcar consulta com especialista, com isso, com aquilo, tinha tudo lá, todas as especialidades do mundo em pediatria no hospital. Fui para aprimorar conhecimentos em pediatria, e realmente eu aprendi muito. Era emergência, e era um andar para um e um andar para outro, para os clínicos, para os três sub-residentes de plantão, mas não tinha assim ambulatório normal, não tinha, quer dizer, não havia ainda esse conceito que você só atende bem a população em ambulatório e começando com a puericultura.

- Bom, tuberculose lá era endêmica, a meningite tuberculosa, também era endêmica a febre tifóide, na ocasião em que eu fui, década de 50. Aqui eu nunca tinha visto tanta, tuberculose sim, mas febre tifóide eu nunca tinha visto. E como é uma sintomatologia muito, como se diz, variada, muitas vezes simulava meningite, e como era de uma frequência assustadora a meningite e a tuberculose lá, eu muitas vezes fazia confusão, e era criticada, eu sofri horrores lá, por ser "*estranjeira e, además, mujer*" (risos)

- Eles são machistas até hoje, não é? Mas sofri bem, mas venci, venci mesmo, a ponto de que este anel que a Nestlé presenteava a todos os internos quando terminavam o internato no México, eu não fiz internato lá, mas os internos entraram em contato com a Nestlé e me incluíram no anel, que é o símbolo do México, né?, com a figura do “Ixsteiton” o Deus, *El Dios del Niño* asteca, e que era justamente o símbolo do Hospital Infantil do México, todo papel do hospital tinha esse símbolo. Bom, mas eu estava no ponto de ter ido para o México e me especializado em conhecimentos e em patologia, a patologia era variadíssima lá, eu nunca vi tanta meningococemia aguda como lá no México, poliomielite, uma brutalidade, tinha uma enfermaria inteira de poliomielite, só poliomielite, e com um setor à parte com pulmão de aço. Quer dizer, do ponto de vista de doença, e depois era o único hospital numa cidade imensa... Era referência, sim era uma cidade grande como São Paulo só que ainda é maior em extensão, em população talvez seja igual ou um pouco maior, não sei.

- Mas o Federico Gomez fez um planejamento, e eles aí construíram hospitais regionais, por bairros, então dividiu, e o Hospital Infantil ficou como referência, o que não podia, não tinha recursos nos hospitais regionais era encaminhado para o Hospital Infantil, mas na minha época não, era o único, o povo ia direto lá, vinha de outros estados, de todo o México, de todo jeito, eu aprendi muito lá, muito mesmo, aprimorei conhecimentos, quando voltei sofri horrores que eu não vou te contar, não adianta, para poder voltar para a Clínica Infantil do Ipiranga, porque essa era a finalidade de eu ter ido, não é?

- Voltei ao México para fazer a livre-docência, quando eu solicitei ao Dr. Federico e ele aceitou gostosamente, eu então escolhi nefrologia, Gordillo como orientador, escrevi para Gordillo, ele, entre nós dois por correspondência, escolhemos o assunto, quando eu cheguei no México, em junho de 62, que procurei Gordillo, quer dizer, procurei o diretor primeiro, mas procurei Gordillo, ele, ele era muito meu amigo já, do tempo da primeira estadia minha lá, ele simplesmente disse “O assunto já sabemos”, estendeu a mão, o escritório dele era pequenininho, pegou uma pilha de livros e revistas, ele já tinha selecionado a bibliografia, ele já tinha separado. Eu estudei como combinamos, aí eu fiz o planejamento, discutimos, ele e toda a equipe da nefrologia, chegamos a um planejamento final, eu levei meses nisso, eu estava aflitíssima para começar porque o

tempo voa. Eu me lembro tão bem como se fosse hoje, assim, “Mas quando eu vou começar?”. E ele me contou a história de pintor chinês, que o imperador encomendou a pintura de um galo, ele levou anos estudando o galo, viajou a China inteira para ver quais as qualidades de galo, a maneira do galo, os tons, as cores, e o imperador insistindo, até que ele chegou em um ponto que o imperador chegou e disse para ele “Afinal, quando você pinta esse galo?”, ele disse “Amanhã eu entrego”, esse pintor. No dia seguinte o galo estava pronto, pintado, lindo. Bom, a moral da história é isso, para fazer uma coisa bem feita é preciso estudar tremendamente antes, e isso demora mais tempo do que fazer.

- Isso ficou tanto na minha cabeça que, quando eu voltei, em 63, fiquei dez meses, eu estava com a tese pronta, só que não estava escrita; e como lembrança para Gordillo, e agradecimento, eu voltei à Cidade do México, e aí eu já conhecia muito bem, até encontrar um galo de prata, que eles são artistas em objetos de prata, tem muita prata lá, e dei de presente para ele, para ele lembrar sempre da história do galo.

- A minha tese foi sobre desequilíbrio ácido-básico em criança desidratada por diarreia, criança de menos de um ano. E foi uma tese de estudo metabólico, com dezenas de exames em cada caso, 48 horas de estudo, nas primeiras 24 horas, exames repetidos a cada 6 horas, nas segundas 24 horas, exames repetidos a cada 8 horas. E então eu tinha 48 horas de estudos, em tudo que você pode imaginar, Ph, pCO₂, potássio, sódio, cálcio, ah!, sei lá...

- Toda a metabologia para ver o funcionamento renal, uréia, creatinina; então, fez parte do estudo do ‘galo’ eu aprender a executar todos os exames em micrométodo. Eu introduzi no México, nessa pesquisa, que nem lá existia ainda, aqui demorou mais para chegar, aquelas canulzinhas, como é que chama? Que a gente enfia a agulha e depois a canula fica na veia?

- Abocath, pois é. Ele mandou importar, quer dizer, eu tinha uma verba da Fundação Rockefeller parte para material, inclusive aparelhos para o Hospital Infantil do México, e uma verba para manutenção minha, que era muito pouco, quer dizer, muito melhor que no tempo da sub-residência, em que o cargo que o Don Frederico na primeira vez me ofereceu eu ganhava três vezes mais que o interno, quer dizer, e a bolsa era muito mais satisfatória.

- E quando eu defendi a tese, o Emílio Matar frisou, ele disse uma frase simples e humilde, “Mas eu nunca vi isso na vida, a Sra. escreveu que todos os exames foram executados pelo autor, no laboratório do Hospital Infantil do México”; e eu escrevi isso, porque foi verdade, não é mesmo? Ele disse “Eu nunca vi, como a Sra. deu conta”; eu disse “Durante 48 horas, (eu estudava um caso por vez, não é?) eu não dormia dia e noite”, eu fazia os exames conforme a entrada da criança na pesquisa, durante a madrugada, ou durante o dia, a tarde, sei lá. Os exames urgentes, os outros, eu separava o plasma, congelava e depois fazia. Mas por micrométodo, eu me lembro que eu levei alguns dias, dois ou três dias para aprender a usar a micropipeta passando água de um copo para outro, de um becker para outro(risos), quer dizer, tudo isso fez parte do estudo do galo, viu.

- E a tese foi realmente muito elogiada, pelo Magaldi e pelo Emílio Matar, destruída pelo Eduardo, que depois deu dez, e eu briguei, briguei com ele, quer dizer, não se põe uma criatura no chão, para depois dar dez. É que ele ficou com medo dos elogios dos outros dois (risos) e do presidente da banca, que era o Antônio Barros de Ulhoa Cintra. Mas, foi uma coisa.

Relação com a Prefeitura e crises:

- Houve uma queda visível, já a partir dos 16, 17 anos. Eu não quero relacionar, ou pelos menos, eu já não estou bem lembrada, mas houve uma queda da estatística de puericultura, não de mortalidade, não de incidência de doença, mas principalmente de puericultura e de atendimentos, em números totais de atendimentos, porque houve um corte depois que eu sai. Agora, 1978 houve uma queda, 79 já melhorou um pouco, 80 foi um ano de luta.

- Eu sai em 81, mas em 80, eu já tinha vencido o Grilo, de maneira que eu deixei o Luiz Alberto, 81 foi um ano bom outra vez, eu deixei o Luiz Alberto bem apetrechado de recursos para 82, O Grilo (Prefeito de Santo André) ficou seis anos, eu agüentei quatro. Mas eu já tinha vencido a má vontade dele, eu levei muito tempo para vencer, levei, ele, ele entrou em 77, 78, 79, 80, os primeiros quatro anos, então eu agüentei quatro anos, agora, o grave foi 78; 77, não sei se você reparou que foi o ano de glória... em todos os aspectos.

- Mas, 78 foi um ano de luta, porque acontece que em 76, o último ano do governo do Antônio Pezzolo, prefeito, ele era fã incondicional da FAISA, depois que eu o conquistei, mas isso foi rápido, meses, mas rápido eu o conquistei, e ele, quer dizer, reconheceu o valor do serviço e ajudou lindamente, lindamente, durante os anos de governo dele. Construiu vários postos de puericultura, e você vê o mapa e as datas. É a época de maior expansão, graças ao Pezzolo, e também foi a época em que, mas isso não teve nada a ver com o Pezzolo, foi com a Kellogs em 76. É, 76, 77, 78, os doze consultórios de higiene pré-natal, não é, mas, em 80, eu não agüentava mais a hostilidade da prefeitura e os cortes. A gente apresentava um orçamento em julho, para prefeitura discutir durante o ano e aprovar para valer para o ano seguinte, e havia cortes brutais, o principal foi em 78, que eu fui obrigada a fechar a creche de Vila Luzida; depois, continuou havendo cortes, e nós fomos lutando, aí houve uma queda, talvez, da qualidade, porque eu fui obrigada a aumentar o número de consultas que cada médico no posto tinha de atender, porque eu não queria reduzir demais o quadro, mas em 78 eu demiti 35 pessoas, dos quais, uns doze médicos pediatras, por falta de recursos.

-Porque a prefeitura cortou mesmo. Aí você vê, no gráfico, que o INSS começou a aumentar, a gente foi melhorando, em 79, uma reunião, essa reunião ficou histórica, mas isso não está contado nos relatórios, e que foi provocada pelo Guido, ele era o principal assessor, na verdade quem governava era ele sabe? O vice-presidente da curadoria era da prefeitura, Granziera, e ele se apaixonou pelos meus gráficos, e resolveu, nessa reunião provocada para discutir as dificuldades em que a FAISA vivia, lutando em relação ao INSS, eu fui quantas vezes a Brasília falar com o ministro, lutando. Mas ele achou, houve por bem, como conselheiro da FAISA, mandar tirar cópia xerox dos meus gráficos de recursos, e ficou patente, eu não disse nada, eu disse “Mas o senhor vai apresentar isso na reunião?”; ele disse “Eu acho importante”, bom, ele era meu superior, não é? Era vice-presidente. Então, olha foi risível, a reunião começou muito hostil, presidida pelo Guido Levi Correa. E quando o Granziera apresentou os gráficos, um ex-curador da FAISA, e altíssimo funcionário da Câmara, e que era do Lions, ele tinha sido curador muitos anos, ele pediu a palavra e disse “Bom, esses gráficos falam sozinhos, o que está atrapalhando o desenvolvimento da FAISA e o desempenho é a queda da prefeitura, dos recursos fornecidos pela prefeitura, então não vamos culpar o INSS que cada ano dá mais

dinheiro do que a prefeitura”. O Guido quase teve um infarte, porque ele queria condenar a FAISA, não conseguiu, não é? Mas eu expus, fiz uma exposição de tudo, mas sem atacar nada nem ninguém, apenas a realidade, mas foi esse conselheiro é que levantou a lebre, aí pegou fogo a discussão. Bom, isso em 79, quando foi em 80, tava muito difícil aguentar a hostilidade da prefeitura. Motivos políticos. Pois é. Me pediram, em 79, a relação dos pais de todas as crianças matriculadas nos postos, isso é... centenas de milhares.

- Mas eu neguei, em parte pela dificuldade, tinha erro em tudo. Mas eu neguei peremptoriamente. Se um dos estatutos principais da FAISA é que ela não faria política, não apoiaria, não teria política partidária. Neguei. Tive coragem, não tive?

- Olha, isso era muito difícil de aguentar, mas no íntimo eu me divertia. Mas então, então em 80, o presidente da FAISA, muito boa pessoa, o Alvim, na ocasião, muito meu amigo. E eu queria porque queria uma audiência com o prefeito, e ele não havia meios de conseguir. Eu falei com várias pessoas da prefeitura, não consegui. Falei com o Granziera, não consegui. Aí, uma das minhas médicas, pediatra, Maria do Carmo, do Posto 1, conseguiu, e eu cheguei, falei com o presidente, que embora contra a vontade dele, que eu era muito franca, e sou até hoje, que eu tinha conseguido uma audiência “A Senhora quer eu vá junto?”; eu disse “De jeito nenhum, o senhor não foi capaz de me conseguir uma audiência, eu vou sozinha”.

-E fui, isso foi em abril de 80, mais ou menos nessa hora. Ele me fez esperar na antecâmara uma hora, depois me recebeu, muito amável, e com uma testemunha, eu sozinha, sem testemunha, claro, ele era o prefeito. Eu comecei calmamente dizendo “Olha, prefeito, há uma má vontade muito grande do senhor em relação à FAISA, eu tenho a impressão de que a minha pessoa é um dos motivos, e nisso, eu acho que o senhor não tem razão, que eu não tenho nenhuma atitude que possa ter contrariado ou ferido o senhor, agora, o senhor tem hostilizado a FAISA”. “Não, doutora, ao contrário...” Eu disse “Não, ao contrário não. Vou dar um exemplo: faz um ano e meio que eu não sou convidada, não que o senhor tenha obrigação de me convidar, mas eu não sou convidada para nenhuma cerimônia da prefeitura, e, não acho que seja obrigação do prefeito, mas eu estou aqui há catorze anos, e nunca prefeito algum deixou de me convidar, inclusive o senhor”. “Ah! não posso, a senhora não foi convidada para o 8 de abril ?”(por isso que eu lembro que foi abril,

que é aniversário de Santo André). Eu disse “Não, senhor”. Chamou a secretária, “Porque que a doutora Zacchi não foi convidada para solenidade de 8 de abril?” “Ah, deve ter sido...” Eu disse “Não, estou lhe dizendo que eu não fui” e ela disse “Eu vou verificar”; então eu disse “Então verifique porque que eu não fui convidada nos últimos 18 meses” (risos).

- Não foi só para 8 de abril. Bom, eu disse “Bom, eu sei perfeitamente que não deve partir do senhor isso, porque o senhor deve assinar ou em branco esses convites ou mesmo não tem nem tempo de olhar para quem são dirigidos, são outras pessoas que tomam essas deliberações, e possivelmente o senhor nunca percebeu isso, eu acredito. Agora porque que o senhor tem raiva de mim?” “Doutora, não tenho!” “Tem!” Eu disse “Então eu vou lhe dizer, o senhor naturalmente tem uma porção de pessoas de confiança aqui na prefeitura, o que é normal, e também é normal o senhor acreditar no que essas suas pessoas de confiança falam, então o senhor deve ter ouvido muita coisa, a doutora fez, a doutora disse, a doutora quer, a doutora é contra isso, agora o senhor nunca me perguntou se isso era verdade, nunca”; e, segundo o nosso querido Zampol, que foi o prefeito que criou a FAISA, segundo o meu querido Zampol, ele sempre dizia que “Qualquer assunto tem, pelo menos, dois lados como uma moeda, então, se o senhor me permitir eu vou expor o meu lado da moeda, a minha verdade” e historiei todas as lutas que houveram, o fechamento da creche, eu não tive nada que ver com aquilo, realmente fomos obrigados a fechar por falta de recursos. Agora o povo não é burro, Vila Luzita saiu incorporada, claro que havia instigadores, mas não era eu, eu soube depois. Mas eu fui responsabilizada pelo movimento popular que ia ter em passeata contra o Grilo.

- Bom, enfim, saí de lá perfeitamente vitoriosa porque ele reconheceu, foi muito amável, me fez descer pelo elevador particular, me acompanhou até o carro, e daí por diante nunca mais faltou dinheiro para a FAISA. Isso se chama vencer uma vitória difícil, não é? Eu realmente agi politicamente, não bem por trás do pano.

Sobre as possíveis influências na formulação do modelo:

Pergunta: Além do Hospital do México e do serviço do professor Gomes, o que mais pode ter influenciado a Sra. a pensar a FAISA, tem outras coisas que estão acontecendo aqui no Brasil e no mundo, por exemplo, a OMS, na época, ela tinha uma proposta chamada “Formulacion”, que era de formulação de políticas de saúde, a sra. sabia?

- Não, não sabia e nem conheço.

Pergunta: E aqui no Brasil, no Estado quem estava na Secretária de Saúde era o Prof. Valter Leser...

- Sim, o Leser não me ajudou a organizar, ele simplesmente aprovou.

Pergunta: Mas a Sra. conhecia o programa de saúde da criança que era desenvolvido na Secretaria de Saúde do Estado?

- Eu conhecia, eu trabalhei oito meses em um posto de puericultura do Departamento Estadual da Criança, do DEC. Era uma porcaria. Quer dizer, eu trabalhei em Vila Califórnia, que eu tinha que sair do Ipiranga, dar a volta, chegar a S. Caetano e voltar para SP, era três ônibus. Numa sublocação, que tinha uma sala de espera, um cubículo onde guardava leite e medicamentos, um consultório e uma cozinha, que era a pia onde lavavam os abaixadores de língua, que era a única coisa que tinha, nem seringa, não, seringa tinha, tinha um esterilizador para ferver, porque não havia ainda seringa plástica, entende, e não tinha banheiro. Essas as condições em que eu encontrei o posto de puericultura em que eu trabalhei. Fora um, depois de, na Zona Norte, Vila..., ah, não interessa, esse eu tinha que atravessar um rio, quase eu morro afogada, porque houve enchente e a ponte ficou coberta, eu não sabia onde estava a ponte, aconteceu que eu vi um sr. atravessar o rio, pensei 'a ponte é aqui', quando eu voltei e tinha terminado a chuva, eu de guarda-chuva, é que eu vi que era uma tábua estendida sobre o riacho, não era ponte, a ponte era mais alta. Era uma aventura, mas isso eu fiquei poucos meses...

Pergunta: E lá nesse posto a Sra. fazia puericultura?

-Não, não, eu não fazia puericultura, eu não tinha nenhuma vacina, quer dizer, eu fazia puericultura teórica, via alimentação, cuidados com a criança etc. etc.; mas a parte de vacinação que é uma das, das quatro 'patas' da puericultura, vamos dizer, não tinha vacina na ocasião, não era o Leser. Agora você diz puericultura, eu passei oito meses em posto de puericultura, e vi uma entrega de leite, uma, não era o Leser, mas era tão pouco, que eu reuni as mães das crianças de menos de um ano e disse 'o que vocês preferem levar metade do que é preciso por mês ou o necessário para o mês, o que vocês preferem, porque

vai acabar o leite, quer dizer demora o dobro se for em vez de quatro latas duas por mês, e demora metade do tempo se for as quatro latas por mês'; elas preferiram integral, claro, ajuda por menos tempo mas era uma ajuda integral. E num instantinho acabou. Vacina eu não me lembro de ter chegado uma única de qualquer espécie, só havia tríplice, não havia Sabin ainda, não havia sarampo, não havia nada. Nada. Tragédia viu. Bom, quando eu saí desse posto de V. Califórnia, que é perto de V. Alpina, ia até V. Alpina, entrava por S. Caetano e saía em V. Califórnia. Eu podia ter modelo com aqueles postos? Não podia. Quer dizer, eu conhecia, mas conhecia o pior, e eu queria o melhor, não é. Bom, e não tinha regulamento, não tinha nada.

Pergunta: Que época era essa, a sra. lembra que época?

- Lembro, como não? 1957 até 1958, de agosto, não, de 1º de setembro a 28 de março, quer dizer, setembro, outubro, novembro, dezembro, jan, fev, março, sete meses.

Pergunta: Na época que a sra. foi fazer a FAISA, a sra. tinha contatos, sabia o que estava se desenvolvendo na Secretaria de Saúde do Estado?

- Sabia, porque na época que eu fiz a FAISA, a secretaria não tinha progredido um passo, continuavam os postos do mesmo jeito, e eu tinha notícia.

Pergunta: O Leser começou uma reforma em 66 mais ou menos, 66 a 68...

- Começou uma reforma, que eu não cheguei a pegar como médica de posto, mas eu continuei comissionada na FAISA, depois de um ano e meio, eu tirei, eu tinha licenças-prêmio no Estado, tirei licença-prêmio durante nove meses, e trabalhava só na FAISA, que o Leser me propôs isso, aí já era o Leser o secretário, os membros do Lions tinham procurado o Leser para pedir orientação, mas o Leser também não tinha experiência disso, ele já encontrou a rede de postos de puericultura, onde não se fazia puericultura, no tempo dele começou-se a fazer. Mas é muito difícil você controlar uma cidade de São Paulo, ou o Estado de São Paulo, não é, muito difícil.

Pergunta: E na época que o pessoal do Lions conversou com ele, ele falou o quê?

- Não sei, porque nunca me contaram, mas eu sabia que ele sabia. Tanto que eu estava ainda na Cruz Vermelha em 67, quando o Leser foi visitar, como secretário da saúde o Hospital Cruz Vermelha, e aí o diretor do hospital o Maurício, Dr. Maurício, me pediu para mostrar o hospital. E o Leser, um mês antes, eu tinha criado um centro de estudos no H. Cândido Fontoura, que era um hospital de plantão, só PS, não tinha pacientes de enfermagem, era um ambulatório geral, vinham casos leves e casos gravíssimos, a gente internava os gravíssimos no PS, mas era regime de PS só, e eu criei um centro de estudos, não foi fácil, porque com várias equipes separadas, reunir para combinar etc.etc., me elegeram presidente, então eu era presidente do Centro de Estudos, a primeira presidente. E, um dia pedi, convidei o Prof. Leser para fazer uma palestra, foi quando eu o conheci, quando eu o vi pela primeira vez, foi muito boa a palestra e tudo mais. No mês seguinte, ele vai visitar o Hospital da Cruz Vermelha, e me encontra lá, como chefe de clínica pediátrica, ele disse “Dra., a sra. trabalha em quantos hospitais?”, eu disse “Dois, o Cândido Fontoura, que o sr. esteve lá, a meu convite, e aqui que sou chefe de clínica pediátrica, nas enfermarias, mas se o sr. for, daqui a um mês, a Santo André, eu vou ser diretora superintendente da Fundação de Assistência à Infância”, foi aí que ele disse “Já foram conversar comigo sobre isso”. Mas ele não me conhecia, conheceu assim, e ele ainda brincou “Em quantos hospitais a sra. trabalha”, eu disse “No momento, só em dois, mas depois eu vou ficar só em Santo André”. - Bom, aí você me pergunta quem me inspirou, simplesmente a vivência, não li nada, não tive tempo, eu organizei a FAISA em um mês, durante o mês de maio. Mas foi tudo da minha cabeça, eu não posso, não estou querendo me elogiar, não, mas eu não tive modelo. Mais tarde, realmente eu descobri que eu fui precursora do serviço do SUS, porque o SUS surgiu depois...

- Agora, muito contato com o Prof. Leser, porque era importante acertar muitas coisas, medicamentos, fornecimento de leite, primeira coisa que ele fez foi fechar de imediato o único posto de puericultura do Estado que havia em S.André, porque realmente não tinha sentido.

- Outra coisa que ele fez, havia em Santa Terezinha um serviço de atendimento à gestante, mas não funcionava, mas não funcionava mesmo, e o Leser fez mais de uma visita surpresa à FAISA; um dia ele foi à Sta. Terezinha, e a Marie, que desde o primeiro

dia chefiou o Sta. Terezinha, a Marie me telefona “Está aqui o Prof. Leser”, eu disse “Avisa que eu vou aí imediatamente”. Ele, tão simples, olha a melhor pessoa, eu tenho paixão pelo Prof. Leser, e não o conhecia, viu, houve aquele negócio de afinidade mesmo, ele compreendeu que o meu serviço era importante e ajudou muito, muito, muito, e eu mandava mensalmente relatório, um relatório mensal da FAISA para ele, ele lia e ia conhecendo. Mas, nessa visita surpresa, ele quis conhecer, já conhecia, mas quis ver bem o Sta Terezinha, como era, eu disse “Me falta espaço, aqui eu não tenho lavanderia, Prof. - era um prédio mínimo - eu não tenho lavanderia”, e nós usávamos uma lavanderia industrial, para toda a roupa do hospital, “E é indispensável montar”; faltavam outros serviços. “E aquela área?” ele perguntou, “Aquilo é da Secretaria de Saúde”. Ele disse “Eu vou estudar e vejo” nem uma semana depois ele mandou fechar o serviço; depois ele me justificou, ele disse que um parto pago para aquele serviço custava mais que mandar a gestante para os EUA, ter o parto lá, pago, e voltar, passagem, estadia...

- Aquilo não funcionava, e tinha médico, assistente social, enfermeira, e não tinha o que fazer. E o atendimento, estava lá a Marie, e não via ninguém entrar nem sair.

- Foram feitos a lavanderia e o refeitório. Quer dizer, aproveitei, aproveitei bem, porque ele compreendeu que era indispensável. Bom, depois o Leser deu todo apoio, o que eu precisava de leite, medicamentos, vacinas.

- Agora uma pessoa que chega às 8:00 e sai às 8:00 da noite, tinha que trabalhar oito, trabalhava doze, eu podia ter até dois salários, eu não tinha, eu fui comissionada com vencimentos, eu pedi para o Prof. Leser, sem vencimentos. Eu disse “Prof. Leser eu ganho como diretora superintendente”, mas ele insistiu, demorou o comissionamento, depois da licença-prêmio, ele passou a me dar presença pelo gabinete do secretário. Teve uma advogadazinha que achou que não era correto, ele correu a moça, disse “Quem manda aqui sou eu, ponto final”. (risos). Então eu era considerada “peixinho do Leser”. Mas não havia nada, simplesmente havia o reconhecimento de uma pessoa formidável como o Prof. Leser de outra que ele sabia que trabalhava com correção, nada mais.

- Agora sobre comparação entre posto de puericultura e FAISA, ele era tão entusiasta da FAISA, que um dia ele me fez essa pergunta “Aparecida, é possível criar uma FAISA em SP?”, eu disse “Não Sr., é possível criar 15 FAISAs com um controle central”, ele disse “por que 15?”, eu disse “Porque São Paulo tem 15 distritos, em média com uma população igual a de Santo André”. Então teria que ter 15 distritos, com 15 chefes vamos dizer, ligados a cada distrito, tantos postos quanto fosse a população, seria semelhante a Santo André. Ele disse “É inviável”, eu disse “Eu também acho, deve ser impossível de controlar, São Paulo é muito grande”, mas ele queria fazer alguma coisa parecida com a FAISA. A FAISA inspirou também o Prof. Woiski, que tentou fazer a mesma coisa, isso eu te contei também, inspirou Ribeirão Preto, o professor, meu Deus, tão amigo meu, ele era da Paulista, foi para Ribeirão Preto. Agora sobre Leser, foi o melhor secretário da saúde que eu já vi na vida, e por felicidade foi secretário em dois governos, com intervalo, tão bom no primeiro como no segundo. E estabelecemos um tipo de relação de trabalho, que ele fez tudo que era preciso para me ajudar. Eu mandava todos os relatórios, tinha de vez em quando, umas quatro, cinco vezes por ano, eu pedia audiência, quando havia coisa que precisava falar com ele, em 78, eu me lembro que eu estava aborrecida com um dos assessores dele, era professor da Faculdade de Saúde Pública, mas era assessor do Leser, e me escreveu uma carta muito sem graça querendo saber porque em alguns meses o número de atendimentos era maior, eu mandava também um relatório mensal para ele, o que era muito importante, e porque em outros era menor, e porque variava isso, e porque variava aquilo, e aquilo me aborreceu, e não era a primeira carta, nem ofício, que eu já tinha respondido, aquele foi demais. Eu então, escrevi um ofício dizendo que realmente tudo quanto ele dizia no ofício acontecia, em fevereiro o número de consultas era menor do que em março, mas que evidentemente, fevereiro tinha menos dias do que em março, portanto menos dias úteis para consulta, que julho era férias, e assim por diante, respondendo item por item, mas isso foi em 78. Um dia, eu pedi uma audiência e disse, “Prof. Leser, eu não agüento mais o doutor, e era uma pessoa importantíssima, porque veja, me escreve um ofício assim, não é o primeiro”, e eu respondi assim, “E o pior Dr. Leser, eu estava levando o relatório anual de 77, foi um ou dois meses depois, fevereiro de 78, o pior é que o prefeito fez um corte tão grande, que aí o doutor tal, vai ter razões novamente para me criticar, porque eu fui obrigada a demitir 35 pessoas, entre os quais não sei se 12 ou 15 médicos, por

insuficiência de verba”, e aí eu chorei, chorei, chorei, na frente, no escritório dele, ele dizia “Mas Aparecida, isso acontece”, mas é que eu estava tremendamente traumatizada por demitir as pessoas, eu demiti médicos por incompetência, demiti médicos por desonestidade, demiti um por desonestidade máxima...

- Então a resposta que você queria eu já dei.

- A resposta que você queria de onde eu tirei o modelo, não havia, foi por tentativas e erros, porque é claro que a gente acaba errando, mas desde que percebia que tinha alguma coisa a corrigir, corrigi, e tudo bem.

Sobre as concepções do modelo:

- Desde o início a finalidade era a saúde. Tudo gratuito de 0 a 12 anos, desde o pré-natal, porque a criança começa antes de nascer e continua...

- Foi difícil conseguir um atestado filantrópico lá de Brasília, eu fui à Brasília para isso. Não, eu não fui à Brasília para clínica não, eu fui à Brasília para conseguir para FAISA.

- Faltava então o pré-natal e a atenção ao adolescente que depois foi feito...

- Um dia o Sr. Rigamonti, o presidente da curadoria, me procurou, a gente tinha feito uma pesquisa grande, para ver o nível socioeconômico da população que freqüentava a FAISA, com objetivo de cobrar o atendimento daqueles que podiam pagar, e eu disse a ele “Rigamonti, criança não tem culpa de ter nascido de família rica, todas tem o mesmo direito”. Eu entendia que toda criança que tinha nascido em Santo André tinha o mesmo direito de ser atendida na FAISA, rica ou pobre.

- A prioridade era a puericultura, acompanhar a criança, o crescimento, o desenvolvimento, ver as vacinas, não deixava faltar vacinas, você lembra?

- Você precisava ver o começo que bonito. A população parecia que tinha fome de assistência à infância. A partir de 70 começamos a dar prioridade à criança sadia, porque este era o objetivo. As crianças que chegavam sadias eram atendidas primeiro, por dois

motivos: ordem médica, para não ficarem misturadas com as crianças doentes e que podiam ter uma doença transmissível, tinham até sala de espera e consultório separados se tivessem alguma doença transmissível como varicela ou sarampo, e a outra de ordem psicológica, para as mães de criança não doentes comparecerem aos posto, era um estímulo. Daí o crescimento do atendimento da puericultura, era educação médica sanitária. Ah, crianças graves passavam na frente, é lógico.

- A idéia da planta física foi minha e do Sr. Rigamonti, ele queria fazer redonda, mas eu disse que assim perderíamos muito espaço e acabamos fazendo com um arquiteto, mas com as nossas idéias a planta daquele jeito quadrada, assim permitindo um fluxo para a população.

- Os postos eu imaginei, assim, com aquele jardim no meio para permitir uma boa ventilação e iluminação e os consultórios com janelas amplas para ter uma boa iluminação, para poder examinar as crianças com bastante luz.

- Fiz postos bem bonitos, você lembra... Aquele se não me engano, era da Vila Irene um dos últimos, muito bonito e eu fiz ali embaixo da favela, porque analisamos e vimos que ali a população era mais necessitada, a maioria dos postos era na periferia onde estava a população mais pobre, que mais precisava. Até uma vez um dos conselheiros foi visitar este posto da Vila Irene e disse “Mas um posto assim bonito para essa gente”, e eu disse a ele “Acho que o Sr. não pensou antes de falar e eu vou dizer uma coisa ao Sr., eu fiz este posto assim bonito justamente porque a população é pobre e mora na favela”. Eu queria que eles vissem que o posto era para eles, que eles mereciam e era para eles usarem.

- O que eu exigia dos médicos era honestidade e ponto final. E capacidade, claro, mas honestidade e ponto final. Então se chegasse atrasado, tinha que escrever a hora exata que tinha chegado, e se passasse de 10, 15m, fazer uma justificativa, comunicação interna, e sair na hora certa. Então aqueles que tentaram me enganar, eu dispensei, com isso criou-se um ambiente de honestidade no serviço.

- Não importava quantas crianças atenderiam, desde que atendessem bem, é claro que tinha um número mínimo de atendimentos, mas eu respeitava quando o médico atendia um pouco menos, porque tem uns que atendem mais devagar mesmo. Só naquela época em que fui obrigada a diminuir o número de médicos é que o número de consultas por médico teve que aumentar...

Reconhecimento nacional e internacional da FAISA:

- A FAISA foi visitada sempre por muita gente, muita gente veio ver como a FAISA funcionava, gente do Ministério da Saúde, Ministros da Saúde, da Secretaria da Saúde, professores de faculdades de medicina, acho que era o reconhecimento de que a gente estava fazendo um trabalho bom..

- Em 1982, eu já tinha saído da FAISA quando fui convidada pelo Angel Gonzalo Diaz, consultor da OMS e da OPS no Brasil, para participar de um curso chamado de “Salud Pública Materno Infantil” no Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano (CLAP-OMS-OPS), dei esse curso em 1982, 83, 84, 85, 86, em 87 não teve e em 88, onde eu apresentava a experiência da FAISA como um modelo de atenção à infância em um centro urbano. Era um curso destinado a médicos, professores de faculdade de medicina, enfermeiros, assistentes sociais, enfim profissionais da saúde. Então quando você diz no seu trabalho que a FAISA teve reconhecimento internacional eu lembrei deste curso, acho que foi um reconhecimento do trabalho da FAISA, não foi?

Resposta: Foi sim Doutora.



FAISA

RELATÓRIO 1967

FAISA



5 anos



67/71



10 ANOS
FAISA



6777



FAISA

15 ANOS

67/82





FAISA

20 ANOS

67/87

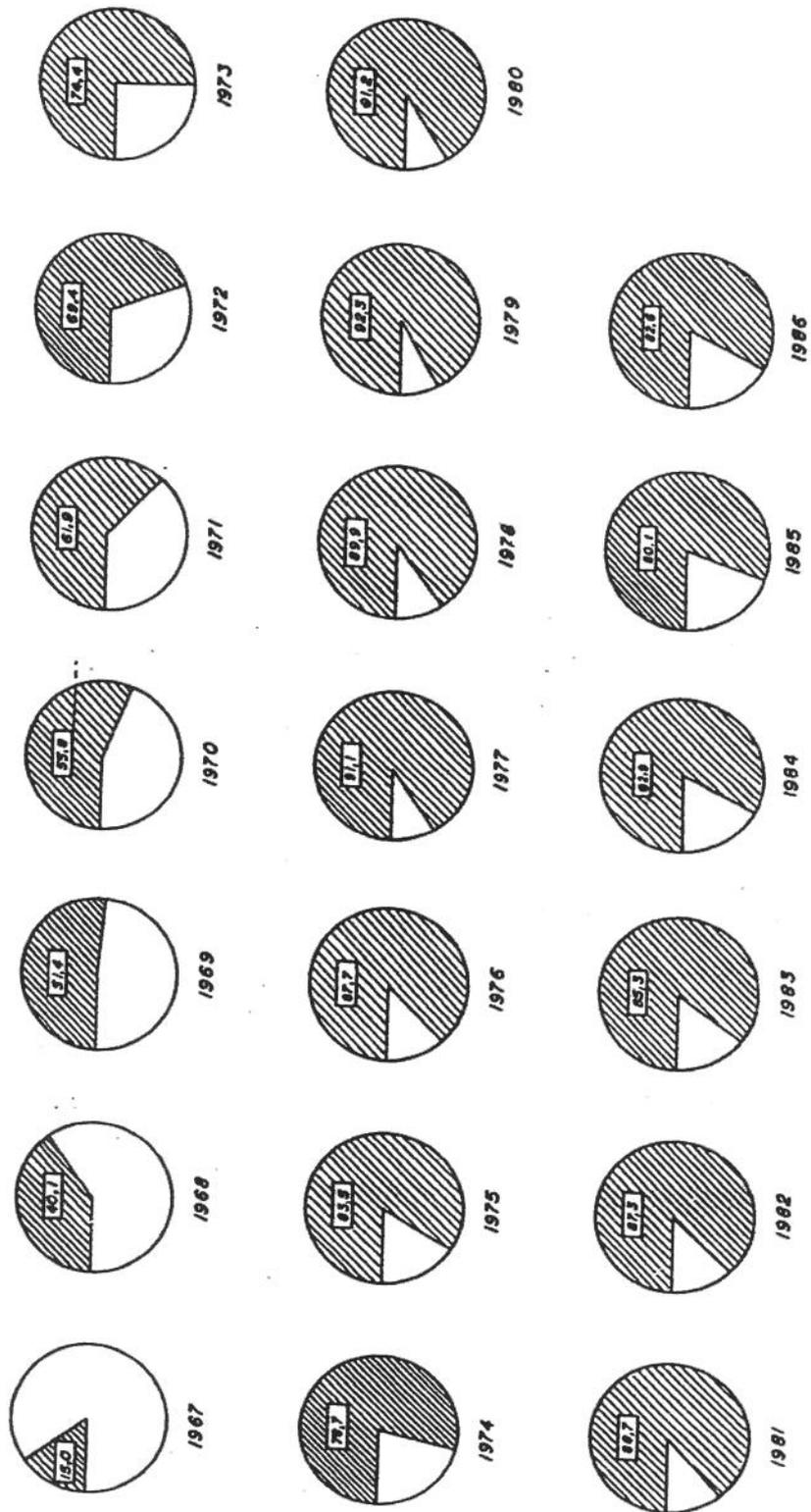


F. A. I. S. A.

ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

1967 - 1986

Índice % de crianças matriculadas nos Postos em relação à população estimada para 'Santo André'



Índices percentuais de matrículas de crianças menores de 1 ano, em relação ao total de matrículas nos Postos e ao número de nascidos vivos em Santo André

Evolução anual

Período: 1.969 - 1.986

Exercícios	Nº de matrículas nos Postos	Nº de nascidos vivos em Santo André	Idade no dia da Matrícula											
			Menores de 1 mês			Menores de 3 meses			Menores de 1 ano					
			Nº	% sobre nº de matrículas	% sobre nº de nascidos vivos	Nº	% sobre nº de matrículas	% sobre nº de nascidos vivos	Nº	% sobre nº de matrículas	% sobre nº de nascidos vivos			
1 9 6 9	21.304	12.816 *	18,5	30,7	-	-	-	10.039	47,1	78,3				
1 9 7 0	22.650	12.689 *	19,8	35,3	-	-	-	10.605	46,8	83,6				
1 9 7 1	19.371	12.688	19,0	29,0	-	-	-	9.907	51,1	78,1				
1 9 7 2	17.653	12.906	25,8	35,4	-	-	-	10.152	57,6	78,7				
1 9 7 3	16.570	12.629	28,9	37,9	8.330	50,3	65,9	10.218	61,7	80,9				
1 9 7 4	17.239	12.825	31,4	42,2	9.098	52,8	70,9	10.872	63,1	84,8				
1 9 7 5	17.635	14.063	35,2	44,2	9.994	56,7	71,1	11.949	67,8	85,0				
1 9 7 6	18.322	14.319	37,5	48,0	10.637	58,1	74,3	12.429	67,8	86,8				
1 9 7 7	20.001	14.462	38,1	52,7	11.101	55,5	76,7	12.928	64,6	89,4				
1 9 7 8	17.727	14.796	40,5	48,5	10.889	61,4	73,6	12.486	70,4	84,4				
1 9 7 9	17.899	15.546	38,3	44,1	11.286	63,1	72,6	12.889	72,0	82,9				
1 9 8 0	17.411	15.870	40,4	44,2	11.628	66,8	73,3	13.058	75,0	82,3				
1 9 8 1	16.284	16.310	42,3	42,2	11.336	69,6	69,5	12.632	77,6	77,4				
1 9 8 2	15.449	15.915	42,9	41,6	10.995	71,2	69,1	12.250	79,3	77,0				
1 9 8 3	15.223	15.314	38,0	37,8	10.396	68,3	67,8	11.677	76,7	76,2				
1 9 8 4	13.458	15.348 **	35,4	31,1	9.019	67,0	58,7	10.965	81,4	71,4				
1 9 8 5	13.169	15.143 **	32,9	28,7	8.714	66,1	57,6	10.657	80,9	70,4				
1 9 8 6	13.930	14.829 **	31,0	29,2	8.777	63,0	59,2	10.931	78,4	73,7				

FONTES: 1) Nº de nascidos vivos: período 1969 - IBGE, Regional de Santo André.
período 1970/1983 - Fundação SEADE, ex Depto. Estat. Secret. Planej. Est. São Paulo.

2) Outros dados: S.A.M.E. da FAISA

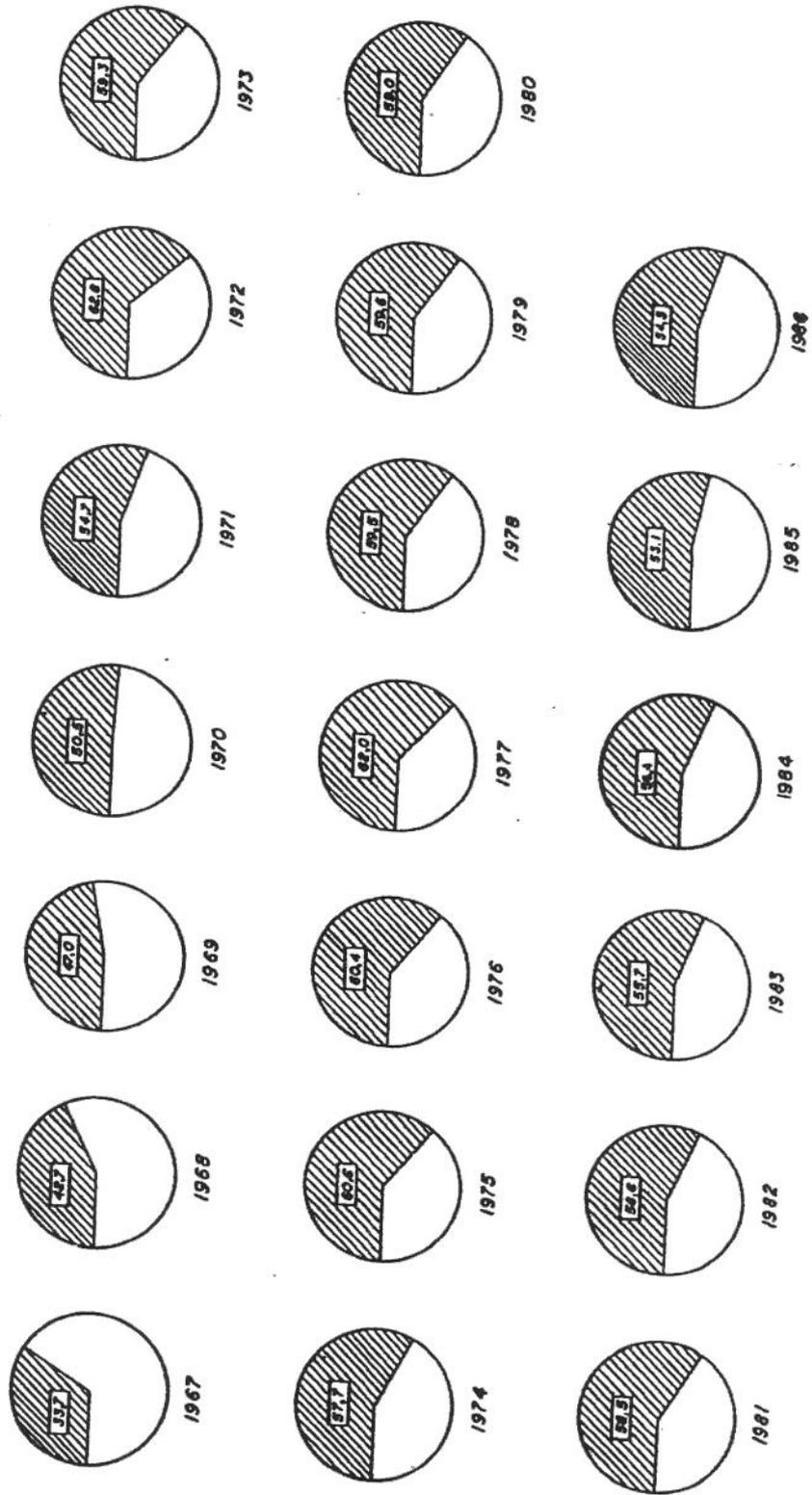
* por ocorrência; a partir de 1971, dados corrigidos por Município de residência.
** por ocorrência; dados sujeitos a correção.

F. A. I. S. A.

ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

1967 - 1986

Índice % de atendimentos de Puericultura nos Postos em relação ao total atendimentos



F.A.T.S.A.

SERVIÇOS PRESTADOS - PEDIATRIA SOCIAL

Período 1.967 - 1.986

TIPOS DE SERVIÇO	EXERCÍCIOS												TOTAL NO PERÍODO	VARIÁCIÕES % 1986/1985
	1967/1969	1970/1972	1973/1975	1976/1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1 9 8 6		
- Consultas de Urgência	100.261	189.875	198.039	722.477	74.913	86.038	91.321	102.935	106.772	111.820	106.949	113.473	1.504.690	+ 6,1
- Consultas nos Postos	389.460	622.052	716.057	873.261	865.051	252.434	235.681	233.515	226.979	218.481	195.121	193.206	4.421.268	- 1,0
- Consultas Sedor Médico C.I.V.L.	-	-	2.358	8.072	1.470	755	248	7*	-	-	-	-	13.081	-
- Consultas Serviços Médicos em Creches	-	-	15.027	14.136	2.771	2.496	2.765	2.280	2.275	2.497	3.573	3.688	53.134	+ 3,2
- Consultas de O.R.L.	4.461	7.572	8.208	7.710	1.854	1.797	1.865	1.928	1.544	1.278	1.231	1.315	40.989	+ 6,8
- Consultas de Ortodontia	5.222	16.392	16.951	18.418	4.624	4.821	5.400	4.837	5.179	4.084	4.327	4.896	95.181	+ 13,1
- Atendimento de Oftalmologia	111	4.711	8.105	9.866	2.034	2.097	2.457	2.257	2.864	1.662	1.028	1.107	36.487	+ 7,9
- Consultas de Alergia Respiratória	-	4.826	9.001	14.025	5.732	5.003	5.003	4.931	4.931	4.288	3.905	3.846	65.365	+ 8,2
- Atendimentos Pentéficos	22.421	33.266	47.910	50.997	19.446	18.409	19.350	19.919	20.172	19.447	17.565	17.928	302.420	+ 2,1
- Consultas Higiene Pré-Natal	-	-	71	21.718	19.762	19.878	72.724	23.624	23.074	19.878	14.715	12.600	177.748	+ 14,4
- Consultas de Genética Clínica	-	-	99	2.413	735	848	916	1.354	1.502	1.461	1.543	1.876	12.767	+ 20,0
- Consultas de Cirurgia Pediátrica	-	-	-	338	362	395	387	343	64	319	334	353	2.901	+ 5,7
- Consultas de Ginecologia Infante Puberal	-	-	-	-	184	655	1.176	1.471	1.491	829	1.415	1.842	9.083	+ 30,2
- Consultas de Cardiologia Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	174	667	742	1.583	+ 11,2
- Consultas de Neurologia Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	217	233	503	+ 7,4
- Consultas de Hematologia Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	593	556	1.219	+ 4,8
- Consultas no PAMPA**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	921	731	1.252	+ 60,3
- Consultas de Ortopedia e Traumatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	210	210	-
- Consultas de Psicologia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE CONSULTAS	622.176	880.326	1.036.966	1.243.699	399.225	395.996	389.718	399.516	396.847	396.121	353.712	358.342	6.742.666	+ 1,3
- Exames Radiológicos	1.595	4.508	33.800	70.131	7.188	7.706	6.407	7.732	8.183	7.828	7.281	8.031	105.469	+ 10,1
- Análises de Laboratório	29.185	76.076	97.387	141.818	85.847	89.947	70.492	75.857	73.056	71.420	70.748	83.372	995.293	+ 10,4
- Hospital Infantil - n.º de crianças internadas	3.865	4.960	4.178	3.411	1.208	1.328	1.393	1.481	1.632	1.635	1.501	1.289	27.239	+ 16,1
- Número de pacientes/dia	27.345	44.815	47.808	40.714	14.777	16.444	15.970	16.116	12.787	17.882	15.204	15.898	269.068	+ 0,7
- Média de permanência (dias)	19,99	27,76	34,95	42,88	11,87	12,47	11,58	16,30	10,88	10,55	10,08	12,02	32,02	+ 19,2
- Percentagem de ocupação (%)	241,87	249,48	252,96	222,82	77,68	87,56	87,50	86,30	95,43	94,48	83,20	82,70	-	+ 0,6
- Coeficientes espec. de mortalidade hosp. (%)	9,75	15,08	14,38	14,18	3,53	3,14	3,76	4,19	3,89	3,56	3,85	2,47	-	+ 49,7
- Intervenções de O.R.L.	162	348	88	181	-	-	-	-	-	-	-	-	411	-
- Centro Infantil V. Lúcia - n.º de crianças/dia	-	-	32.477	105.504	21.580	12.303	6.760	133	-	-	-	-	163.257	-
- Serviço de Higiene Pré-Natal - n.º de matriculas	-	-	3.284	3.284	2.409	2.429	2.788	2.672	2.440	2.398	1.616	1.293	21.739	+ 20,0
- Posto de Puéric. e Pediatría - n.º vacinas aplicadas	189.805	356.597	472.868	540.543	175.624	173.772	152.492	146.313	139.857	122.700	110.934	112.449	2.713.874	+ 1,4
- Número de matriculas novas nos Postos	58.470	59.674	61.444	54.040	17.889	17.401	16.284	15.449	15.223	13.468	13.169	13.936	348.401	+ 5,8

* Encerramento das atividades em 31/01/82.
 ** A partir de 01 de agosto de 1974 as intervenções de O.R.L. passaram a ser realizadas no Hospital Municipal de Santo André.
 *** PAMPA = Programa de Assistência Médico-Social ao Adolescente.
 * Início de funcionamento em 03/11/86.

F.A.I.S.A.

Vacinação de rotina nos Postos de Puericultura e Pediatria e em outros Setores Médicos (total de doses aplicadas)

Evolução anual

Período: 1.967 - 1.986

Vacinas Exercícios	Tríplice (D.P.T.)	Dupla (D.T.)	Anti-Tetâ nica	B.C.G. **	Sabin	Anti-Saram po	Anti-Vario- la	T O T A L
1 9 6 7 *	8.756	638	68	4.259	2.697	2.118	5.947	24.483
1 9 6 8	26.907	5.043	1.138	6.238	26.528	2.494	11.960	80.308
1 9 6 9	27.281	6.439	4.015	3.974	29.494	4.701	9.110	85.014
1 9 7 0	31.754	8.208	6.972	3.789	35.883	4.462	8.922	99.970
1 9 7 1	32.565	8.751	5.507	7.328	43.005	2.916	10.215	110.287
1 9 7 2	36.883	8.682	6.941	26.054	48.465	8.439	10.906	146.340
1 9 7 3	35.563	9.549	7.699	23.975	51.864	8.074	10.679	147.403
1 9 7 4	38.191	8.096	7.039	28.462	51.128	8.625	11.492	153.033
1 9 7 5	43.355	7.624	6.596	32.556	54.568	12.767	14.966	172.492
1 9 7 6	44.989	7.979	7.216	32.722	55.605	13.288	15.008	176.807
1 9 7 7	44.024	17.311	9.746	33.718	64.709	16.414	18.173	204.095
1 9 7 8	46.654	7.975	8.051	28.824	55.826	18.930	13.381	179.641
1 9 7 9	47.897	7.732	10.524	21.568	57.171	18.588	12.144	175.624
1 9 8 0	49.699	7.136	10.547	17.166	57.060	21.769	10.395	173.772
1 9 8 1	47.725	6.157	10.197	13.484	51.729	21.376	*** 1.824	152.492
1 9 8 2	47.014	4.912	9.653	12.411	51.068	21.255	-	146.313
1 9 8 3	45.566	4.762	9.750	11.400	49.612	18.767	-	139.857
1 9 8 4	39.837	4.289	8.511	9.997	46.380	13.696	-	122.720
1 9 8 5	39.231	2.101	5.249	9.036	43.434	8.866	-	107.917
1 9 8 6	39.467	3.758	8.341	8.938	43.093	8.852	-	112.449
T O T A L	773.328	137.142	143.760	335.878	819.329	236.397	165.122	2.710.957

* 1.967 - junho a dezembro.

** B.C.G. - oral de 1.967 a 1.977 inclusive - Intradérmica a partir de 1.978.

*** Vacina anti-variolica - suspensão em março de 1.981, por determinação do Ministério da Saúde.

FONTE: SAME

F.A.I.S.A.

Atendimentos nos Postos de Puericultura e Pediatria por motivo de doenças infecto-contagiosas passíveis de prevenção pela vacinação

Evolução anual

Período: 1.967 - 1.986

Exercícios	Total de Consultas	Sarampo		Coqueluche		Difteria	Tetano		Poliomielite aguda Nº	Varíola Nº
		Nº	%	Nº	%		Nº	%		
1 9 6 7 *	64.331	919	1,43	578	0,90	6	0	0	0	5
1 9 6 8	153.369	614	0,40	1.223	0,80	7	0	1	1	11
1 9 6 9	171.760	1.086	0,63	562	0,33	6	0	0	0	1
1 9 7 0	210.755	1.006	0,48	765	0,36	8	0	5	0	6
1 9 7 1	189.726	875	0,46	489	0,26	7	0	0	0	0
1 9 7 2	221.571	683	0,31	363	0,16	5	0	1	1	0
1 9 7 3	226.643	308	0,14	638	0,28	3	0	0	0	0
1 9 7 4	237.942	296	0,12	310	0,13	1	0	0	0	0
1 9 7 5	251.472	293	0,12	464	0,18	1	0	1	1	0
1 9 7 6	275.190	437	0,16	362	0,13	0	0	1	1	0
1 9 7 7	314.548	389	0,12	337	0,10	0	0	0	0	0
1 9 7 8	383.523	119	0,04	240	0,08	0	0	0	0	0
1 9 7 9	265.051	157	0,05	180	0,06	0	0	0	0	0
1 9 8 0	252.434	92	0,03	325	0,12	0	0	0	0	0
1 9 8 1	335.681	54	0,02	120	0,05	0	0	0	0	0
1 9 8 2	233.515	49	0,02	98	0,04	0	0	0	0	0
1 9 8 3	226.979	35	0,02	78	0,03	0	0	0	0	0
1 9 8 4	218.451	82	0,03	45	0,02	0	0	0	0	0
1 9 8 5	195.121	47	0,02	65	0,03	0	0	0	0	0
1 9 8 6	193.206	137	0,07	50	0,02	0	0	0	0	0
T O T A L	4.421.268	7.678	0,17	7.292	0,16	44	0	9	0	23

* 1.967 - junho a dezembro.

FONTE: SAME

F.A.I.S.A.

Atendimentos nos Serviços de Consultas de Urgência, por motivo de doenças infecto-contagiosas passíveis de prevenção pela vacinação

Evolução anual

Período: 1.967 - 1.986

Exercícios	Total de Consultas	Sarampo		Coqueluche		Difteria **	Tétano		Poliomielite aguda Nº	Varíola Nº
		Nº	%	Nº	%		R.N. Nº	Adquir. Nº		
1 9 6 7 *	18.260	810	4,43	194	1,06	6	0	0	0	6
1 9 6 8	34.636	555	1,60	368	1,06	23	0	0	0	14
1 9 6 9	47.385	1.237	2,61	219	0,46	6	0	0	0	14
1 9 7 0	57.169	1.260	2,20	313	0,54	9	0	0	6	1
1 9 7 1	64.101	1.342	2,09	205	0,31	22	0	0	5	0
1 9 7 2	68.605	1.353	1,97	148	0,21	11	0	0	2	0
1 9 7 3	64.278	507	0,78	201	0,31	14	0	1	7	0
1 9 7 4	67.315	625	0,92	123	0,18	4	0	3	2	0
1 9 7 5	66.446	698	1,05	193	0,29	20	0	1	9	0
1 9 7 6	71.595	801	1,11	175	0,24	5	0	1	1	0
1 9 7 7	73.009	804	1,10	124	0,16	7	0	0	0	0
1 9 7 8	77.877	327	0,41	120	0,15	7	0	0	1	0
1 9 7 9	74.913	716	0,95	95	0,12	2	0	0	0	0
1 9 8 0	86.035	444	0,51	174	0,20	2	0	0	0	0
1 9 8 1	91.321	256	0,28	120	0,13	0	0	0	0	0
1 9 8 2	102.935	366	0,35	154	0,14	1	0	0	0	0
1 9 8 3	106.772	152	0,14	69	0,06	1	0	0	0	0
1 9 8 4	111.620	422	0,37	40	0,03	2	0	0	0	0
1 9 8 5	106.949	147	0,13	84	0,07	0	0	0	0	0
1 9 8 6	113.473	624	0,54	56	0,04	0	0	0	0	0
T O T A L	1.504.690	13.446	0,89	3.175	0,21	142	0	6	33	35

* 1.967 - junho à dezembro.

** Suspeita clínica, sem informação sobre confirmação laboratorial (Hosp. Emílio Ribas).

FONTE: SAME

F.A.I.S.A.
SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Incidência % de Gastroenterocolite aguda (G.E.C.A.)

Evolução anual

Período: 1.967 - 1.986

Exercícios	Serviço de Emergência		P o s t o s				G.E.C.A.		
	Total	G.E.C.A.		Total	G.E.C.A.		Total	G.E.C.A.	
		Nº	%		Nº	%		Nº	%
1 9 6 7 *	18.260	3.578	19,6	64.331	5.203	8,1	82.591	8.781	10,6
1 9 6 8	34.636	7.927	22,8	153.369	10.778	7,0	188.005	18.705	9,9
1 9 6 9	47.385	8.827	18,6	171.760	11.075	6,4	219.145	19.902	9,1
1 9 7 0	57.169	9.803	17,1	210.755	11.082	5,2	267.924	20.885	7,8
1 9 7 1	64.101	11.167	17,4	189.726	10.897	5,7	253.827	22.064	8,7
1 9 7 2	68.605	11.236	16,4	221.571	10.665	4,8	290.176	21.901	7,5
1 9 7 3	64.278	9.543	14,8	226.643	9.938	4,4	290.921	19.481	6,7
1 9 7 4	67.315	9.586	14,2	237.942	10.709	4,5	305.257	20.295	6,6
1 9 7 5	66.446	9.043	13,6	251.472	10.514	4,2	317.918	19.557	6,1
1 9 7 6	71.595	8.418	11,7	275.190	10.317	3,7	346.785	18.735	5,4
1 9 7 7	73.005	8.816	12,1	314.548	10.631	3,4	387.553	19.447	5,0
1 9 7 8	77.877	9.946	12,7	283.523	9.368	3,3	361.400	19.314	5,3
1 9 7 9	74.913	8.070	10,8	265.051	7.687	2,9	339.964	15.757	4,6
1 9 8 0	86.035	8.744	10,2	252.434	7.343	2,9	338.469	16.087	4,7
1 9 8 1	91.321	9.334	10,2	235.681	7.121	3,0	327.002	16.455	5,0
1 9 8 2	102.935	9.947	9,6	233.515	6.418	2,7	336.450	16.365	4,9
1 9 8 3	106.772	9.712	9,1	226.979	6.009	2,6	333.751	15.721	4,7
1 9 8 4	111.620	10.220	9,1	218.451	6.246	2,8	330.071	16.466	4,9
1 9 8 5	106.949	8.895	8,3	195.121	5.730	2,9	302.070	14.625	4,8
1 9 8 6	113.473	9.149	8,0	193.206	5.005	2,5	306.679	14.154	4,6
T O T A L	1.504.690	181.961	12,0	4.421.268	172.736	3,9	5.925.958	354.697	5,9

* 1.967 - junho a dezembro.

FONTE: SAME

F.A.I.S.A.

Incidência % de hospitalização de urgência sobre total de consultas nos Serviços de Emergência, Estudo evolutivo da desidratação por Gastroenterocolite aguda (G.E.C.A.) como motivo de hospitalização urgente

Período: 1.967 - 1.986

Exercícios	Nº de Consultas de Urgência		Encaminhamentos para Hospitalização			
	T O T A L		Por motivo de Desidratação por G.E.C.A. *			
	Nº	%	Nº	% s/cons.	% s/intern.	
1 9 6 7	18.260	5,96	-	-	-	
1 9 6 8	34.636	6,75	-	-	-	
1 9 6 9	47.385	6,30	-	-	-	
1 9 7 0	57.169	7,13	-	-	-	
1 9 7 1	64.101	8,22	-	-	-	
1 9 7 2	68.605	6,26	-	-	-	
1 9 7 3	64.278	6,87	996	1,54	22,55	
1 9 7 4 **	67.315	8,82	1.058	1,57	17,80	
1 9 7 5	66.446	7,37	906	1,36	18,49	
1 9 7 6	71.595	5,88	723	1,00	17,15	
1 9 7 7	73.005	5,39	707	0,96	17,94	
1 9 7 8	77.877	4,70	687	0,88	18,73	
1 9 7 9	74.913	4,68	687	0,91	19,58	
1 9 8 0	86.035	4,62	717	0,83	18,01	
1 9 8 1	91.321	3,31	726	0,79	23,99	
1 9 8 2	102.935	3,01	763	0,64	21,41	
1 9 8 3	106.772	2,83	702	0,66	23,27	
1 9 8 4	111.620	3,02	703	0,62	20,82	
1 9 8 5	106.949	2,64	441	-	-	
1 9 8 6	113.473	2,21	456	-	-	
TOTAL	1.504.690	4,81	10.272	-	-	

* Dados disponíveis somente a partir de 1.973.

** 1.974 - epidemia de meningite meningocócica.

F.A.I.S.A.

Incidência % de hospitalização de urgência de crianças desidratadas por motivo de Gastroenterocolite aguda (G.E.C.A.) sobre o total de atendimento por GECA nos Serviços de Consultas de Urgência e nos Postos de Puericultura e Pediatria

Evolução anual

Período: 1.973 - 1.986

Exercícios	Atendimentos por G.E.C.A.			Hospitalização urgente por G.E.C.A.			
	Postos de Pueric. e Pediatria	Serv. Cons. de Urgência	TOTAL	Desidr. II	Desidr. III	T O T A L	
					Nº	% sobre total Atend. G.E.C.A	
1 9 7 3	9.938	9.543	19.481	931	65	996	5,11
1 9 7 4	10.709	9.586	20.295	974	84	1.058	5,21
1 9 7 5	10.514	9.043	19.557	813	93	906	4,63
1 9 7 6	10.317	8.418	18.735	648	75	723	3,85
1 9 7 7	10.631	8.816	19.447	643	64	707	3,63
1 9 7 8	9.368	9.946	19.314	625	62	687	3,55
1 9 7 9	7.687	8.070	15.757	613	74	687	4,35
1 9 8 0	7.343	8.744	16.087	651	66	717	4,45
1 9 8 1	7.121	9.334	16.455	667	59	726	4,41
1 9 8 2	6.418	9.947	16.365	710	53	763	4,66
1 9 8 3	6.009	9.712	15.721	638	64	702	4,47
1 9 8 4	6.246	10.220	16.466	669	34	703	4,27
1 9 8 5	5.730	8.895	14.625	403	38	441	3,01
1 9 8 6	5.005	9.149	14.154	422	34	456	3,22
TOTAL	113.036	129.423	242.459	9.407	865	10.272	4,23

Mortalidade infantil - comparação de municípios

Período de 1.966 a 1.986

ANO	Município de São Paulo			Município de Santo André		
	Nascidos Vivos	Óbitos menores de 1 ano	Coefficiente de mortalidade infantil	Nascidos Vivos	Óbitos menores de 1 ano	Coefficiente de mortalidade infantil
1960	119.775	7.539	62,94	8.333	669	80,28
1961	123.933	7.462	60,20	8.776	636	72,47
1962	132.684	8.547	64,41	10.056	785	78,06
1963	137.962	9.643	69,89	10.836	891	82,22
1964	141.779	9.606	67,75	11.278	807	71,55
1965	144.288	10.010	69,37	11.995	938	78,19
1966	137.420	10.141	73,79	11.017	1.035	93,94
1967	137.220	10.208	74,39	10.898	967	88,73
1968	140.418	10.758	76,61	11.180	900	80,50
1969	144.509	12.188	84,34	12.816	926	72,25
1970	152.427	13.644	89,51	12.689	1.082	85,27
1971	159.385	13.609	85,38	12.688	1.099	86,61
1972	166.673	14.277	85,65	12.906	1.039	80,50
1973	173.695	15.147	87,20	12.629	1.212	95,96
1974	187.775	14.655	78,04	12.825	1.110	86,54
1975	198.718	15.889	79,95	14.063	1.137	80,85
1976	207.102	15.494	74,81	14.319	1.052	73,46
1977	215.513	14.336	66,52	14.462	843	58,29
1978	224.704	14.384	64,01	14.796	881	59,54
1979	234.680	13.583	57,88	15.546	842	54,23
1980	239.112	12.112	50,64	15.870	674	42,47
1981	251.282	12.566	49,93	16.310	641	39,30
1982	256.303	12.278	47,90	15.915	666	41,85
1983	240.149	9.964	41,49	15.314	584	38,14
1984	224.690	10.882	48,43	14.291	613	42,89
1985	225.153	83,38	37,03	14.327	474	33,08
1986	224.972	8.737	36,17	14.627	476	32,54
1987	220.643	7.398	33,53	14.236	405	28,45

Fonte: Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados (SP)

Período: 1966 – 1970 – dados de ocorrência sem correção

1971 – 1987 – dados corrigidos por município de residência

INDICADORES DO NÍVEL DE SAÚDE
SANTO ANDRÉ - 1969-1983

Taxas e Coeficientes

INDICADORES	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Taxa de natalidade	32,3	30,3	29,5	29,2	27,8	27,4	29,2	28,9	28,4	28,3	28,9	28,7	28,7	27,2	25,5
Coef. mortalidade geral	7,0	7,5	7,6	7,5	8,1	8,0	7,6	7,4	6,7	6,7	6,4	6,2	5,8	5,6	5,7
Coef. mortalidade infantil	72,3	79,2	86,4	80,6	95,9	86,5	80,8	73,4	58,3	59,5	54,0	42,5	39,2	41,8	37,9
Coef. mortalidade 1-4 *	-	2,4	2,2	1,8	1,5	1,9	1,8	1,2	1,3	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7
Mortal. proporc. menores de 14	33,2	32,1	33,7	31,3	32,8	29,7	31,1	28,7	24,7	25,1	24,3	19,5	19,2	20,1	16,8
Mortal. proporc. menores de 5a	-	35,1	36,8	33,9	34,8	32,2	33,6	30,4	26,8	26,7	26,7	21,2	20,7	21,7	18,2
Mortal. proporc. maiores de 5a	45,1	44,1	43,2	44,7	44,9	44,8	45,8	48,9	48,9	49,9	51,8	56,5	56,5	56,0	58,1
Mortalidade materna **	10,1	3,1	9,5	3,9	4,7	7,0	8,5	6,9	6,9	4,7	5,1	3,1	2,4	4,4	1,9
Mortalidade por doenças transmissíveis ***	108,3	101,2	118,1	113,9	124,6	128,0	126,0	97,7	84,8	77,8	53,4	37,8	27,3	31,8	25,9
Mortalidade p/azarrapo	4,3	6,2	4,9	3,6	0,7	2,3	2,7	1,4	1,2	1,5	2,6	0,5	0,3	1,5	0,5
Mortalidade por enterites e outras doenças diar. ***	86,9	73,1	89,7	83,3	96,5	86,6	90,6	67,3	57,8	50,1	32,9	19,5	14,4	19,1	12,1

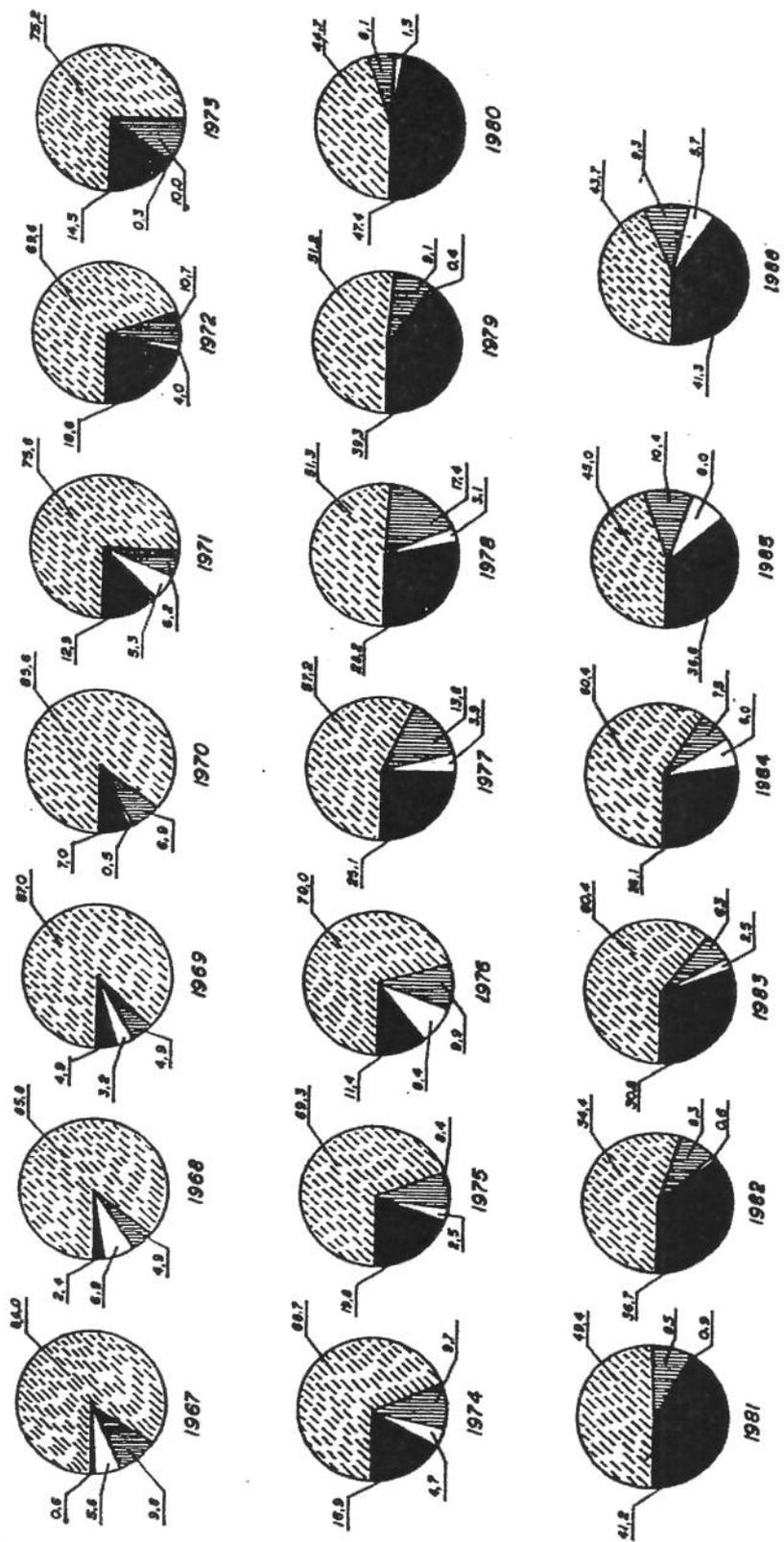
* Coef. mortal. pré-escolar - por 1.000 crianças de 1-4 anos (ver Apêndice I - Parte III).

** por 10.000 nascidos vivos.

*** por 100.000 hab.

F. A. I. S. A

Distribuição % dos recursos, segundo a origem
1967 - 1986



Prehítere Mau Sim. Andrad
 Rec. Diversos
 Condições (HAM/PS)
 Outros

F.A.I.S.A.

ATUAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDIOS

Período: 1.967 - 1.986

ATIVIDADES	EXERCÍCIOS																TOTAL NO PERÍODO				
	1987	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982		1983	1984	1985	1986
Reuniões (total)	21	44	45	45	44	45	45	42	38	37	34	33	34	29	31	32	35	35	31	19	719
- Palestras ou aulas de prof. convidados	9	18	21	27	33	22	33	22	14	18	12	7	17	23	23	24	16	20	18	22	199
- Palestras de médicos da FAISA	-	13	11	6	4	7	1	1	5	4	6	17	6	3	-	1	2	1	7	6	101
- Reunião de revisão de rotinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
- Reuniões Anátomo-Clinicas	-	-	1	4	3	11	10	10	11	9	8	5	7	2	2	3	4	3	2	-	95
- Reuniões Clínicas (Médicos de FAISA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8	4	-	19
- Projeções de filmes	-	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
- Reuniões conjuntas com a Soc. de Pediatria de São Paulo	-	-	-	-	-	-	-	R	4	5	R	4	2	-	2	-	-	-	-	-	33
- Reuniões Administrativas	12	13	11	6	3	4	1	1	4	1	-	-	2	1	4	4	3	3	3	2	78
Cursos de Atualização	-	2	3	3	2	1	1	2	-	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1	3	33
Pesquisas realizadas ou em execução	-	2	3	3	3	4	2	7	5	2	1	-	1	3	3	4	4	7	9	7	70
Trabalhos publicados	-	1	1	1	5	1	5	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	22
Trabalhos apresentados em Congressos Médicos	-	-	-	-	9	-	5	2	3	1	3	3	3	1	1	2	2	1	6	3	44
Trabalhos premiados	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

CENTRO DE ESTUDOS

TRABALHOS PUBLICADOS

- 1968 - *Alimentação como indicador para triagem sócio-econômica.*
- 1969 - *Estudo das correlações entre Infecções das vias aéreas superiores, Bronquite asmátiforme e poluição do ar em menores de 12 anos em Santo André.*
- 1970 - *As reações de Schick e Moloney em escolares. Nota prévia.*
- 1971 - *Reações à vacina contra o Sarampo, com o emprego da vacina de vírus vivo atenuado, raça Beckenham 31.*
- *Reações à vacina contra o Sarampo, com o emprego da vacina de vírus vivo atenuado, raça Schwartz.*
 - *Resultados da aplicação do teste de Snellen em 56.926 crianças. Correlação entre teste de Snellen e exame oftalmológico.*
 - *Incidência dos vícios de refração e de outros distúrbios visuais em 2.413 crianças com deficiência visual.*
 - *Incidência de parasitoses intestinais em crianças atendidas nos Serviços Médicos da FAISA.*
- 1972 - *Investigação sobre prevenção de diarreia em lactentes pelo emprego da farinha de alfarroba.*
- 1973 - *Influência de fatores meteorológicos e de alguns poluentes sobre a ocorrência de crises de asma brônquica em crianças, em Santo André.*
- *Estudo da incidência de bronquite asmática em crianças de Santo André.*
 - *Estudo de um grupo de crianças asmáticas tratadas durante dois anos ou mais no Serviço de Alergia Respiratória da FAISA. Levantamento de dados e avaliação dos resultados.*
 - *Reações à vacina contra o Sarampo, com o emprego da vacina de vírus vivo atenuado, cepa Moraten.*
 - *Causas de mortalidade infantil intra-hospitalar na Fundação de Assistência à Infância de Santo André.*

1975 - Cadastro tuberculínico em crianças de Santo André.

- Influência dos fatores meteorológicos e de alguns poluentes sobre a ocorrência de asma brônquica em crianças, em Santo André, nos anos de 1973 e 1974 (Trabalho premiado pela Sociedade de Pediatria de São Paulo).

1983 - Seguimento de crianças asmáticas após a alta do Serviço de Alergia Respiratória da FAISA.

1985 - Tratamento da crise aguda de Asma Brônquica. Comparação entre epinefrina subcutânea e fenoterol por via inalatória.

1986 - Ampicilina em IVAS: posologia simplificada.

- Terapêutica de crise asmática na Infância.

- Tratamento oral de desidratação por doença diarréica aguda com uma solução semelhante à da OMS.

PESQUISAS REALIZADAS

- Análise das condições sócio-econômicas da parcela da população de Santo André que procura espontaneamente os Serviços da FAISA (1968).

- Estudo antropométrico em crianças brasileiras (pesquisa em colaboração - sob a coordenação geral do Prof. Eduardo Marcondes - 1968 - 1969 - publicado em Anais Nestlé, 84 - 1979).

- Reações de Schick e Moloney em escolares (1969).

- Controle imediato da vacinação contra o sarampo - vacina de vírus vivo atenuado, raça Beckenham 31 (1969).

- Emprego da ampicilina nas doenças infecciosas diarréicas - (1969).

- Controle imediato da vacinação contra o sarampo - vacina de vírus vivo atenuado, raça Schwartz (1970).

- Incidência de parasitoses intestinais em crianças atendidas nos Serviços Médicos da FAISA (1970).

- Emprego do produto My - 4.508 (Cyclacillin) nas doenças infecciosas respiratórias (1971).

- Tratamento das diarréias na primeira infância com epicilina (S.Q. 20.530) (1971).

- Resultados da aplicação do teste de Snellen em 56.926 crianças. Correção entre teste de Snellen e exame oftalmológico (1971).
- Incidência dos vícios de refração e de outros distúrbios visuais em 2.413 crianças com deficiência visual (1971).
- Investigação sobre prevenção de diarreia em lactentes, pelo emprego da farinha de alfarroba (1971).
- Controle imediato da vacinação contra o Sarampo. Vacina de vírus vivo atenuado, cepa Moraten (1972).
- Influência de fatores meteorológicos e alguns poluentes sobre a ocorrência de crises de asma brônquica em crianças, em Santo André (1972).
- Estudo da incidência de bronquite asmática em crianças de Santo André (1972).
- Estudo de um grupo de crianças asmáticas tratadas durante dois anos no Serviço de Alergia Respiratória da FAISA. Levantamento de dados e avaliação dos resultados (1972 - 1973).
- Causas de mortalidade infantil intra-hospitalar na Fundação de Assistência à Infância de Santo André (1972).
- Cadastro tuberculínico em crianças de Santo André (1972 - 1974).
- Influência dos fatores meteorológicos e de alguns poluentes sobre a ocorrência de asma brônquica em crianças, em Santo André, nos anos 1973 e 1974 (1975).
- Estudo sobre tratamento de 900 casos de meningite meningocócica internados no Serviço de Emergência Santa Teresinha - FAISA - (1975).
- Tratamento de amigdalites agudas na infância com Fenoximetil-penicilina-potássio (cliacil) (1976).
- Estudo de um grupo de crianças asmáticas tratadas no Serviço de Alergia Respiratória da FAISA - avaliação inicial após a alta (1976).
- Inquérito sobre causas de desmame precoce em Santo André (1977).
- Causas de mortalidade infantil intra-hospitalar na Fundação de Assistência à Infância de Santo André - Parte II (1980).
- Estudo de 294 casos de Glomerulonefrite difusa aguda (1980).
- Testes intradérmicos a inalantes em crianças asmáticas (1981).
- Inquérito epidemiológico sobre a prevalência da *Escherichia coli* ente-

ropatogênica em processos diarreicos agudos em lactentes. Identificação dos sorotipos enteropatogênicos pela técnica da imunofluorescência direta (1981).

- Estudo sobre eficácia e tolerância do ferro trivalente (1983).
- Seguimento de crianças asmáticas após alta do Serviço de Alergia Respiratória da FAISA. (1984)
- Avaliação do Cetotifeno no tratamento da Asma Brônquica da Criança. (1984)
- Dosagem do cortisol plasmático em crianças asmáticas. (1984)
- Tratamento inicial da crise aguda da asma brônquica - comparação entre a inalação pelo fenoterol e injeção de adrenalina subcutânea. (1985)
- Terapia de Reidratação Oral com o soro da OMS. (1985)
- Ensaio clínico com Flanax suspensão. (1985)
- Ensaio clínico com Pedyalite 90. (1986)
- Ensaio clínico com Milupa. (1986)
- Uso de amplacilina via oral em infecções do trato respiratório alto. (1985)
- Distúrbios de deglutição em lactentes com broncoespasmo de repetição. (1986)
- Amigdalectomia e adenoidectomia em crianças com alergia respiratória. (1986)
- Estudo multicêntrico do efeito profilático do cetotifeno em crianças com asma e rinite atópicas. (1986)
- Estudo duplo-cego, multicêntrico, comparativo entre desclorfeniramina e astemizol no tratamento de crianças com rinite alérgica perene. (1986)

PESQUISAS EM ANDAMENTO

1987

- O teste tuberculínico no diagnóstico da infecção tuberculosa em crianças vacinadas com o BCG intradérmico.
- Estudo comparativo entre Berodual (Fenoterol + Ipratrópio) e Aminofilina. Estudo a longo prazo em crianças com asma brônquica.

MÉDICOS RESIDENTES DA ÁREA DE PEDIATRIADA FACULDADE DE MEDICINA DA FUABC

- Maria de Las Mercedes Diaz Savoldelli	1975/1976
- Maria Stella El Bredy G. Marrano	1975/1976
- Vera Lúcia A. Andrade Polleto	1975/1976
- Ana Bela Roitman	1976/1977
- Ana Julia Colameo	1976/1977
- Maria Fernanda B. Fernandes	1976/1977
- Marizilda Mourão Rodrigues	1976/1977
- Tania Viaro	1976/1977
- Vasco Borges dos Santos	1976/1977
- José Caetano de T. Abreu Filho	1977/1978
- Maria de Fátima Salgado	1977/1978
- Michelina Jabes Capp	1977/1978
- Ricardo Cesar Caraffa	1977/1978
- Valter Pinho dos Santos	1977/1978
- Maria Cristina Pinto (R1)	1978
- Maria Leine Guion de Almeida	1978/1979
- Nelson Freitas Martins	1978/1979
- Viviane Mandarino	1978/1979
- Maria Angélica Santos de Oliveira (R2)	1979
- Guacirema Gaudio (R1)	1979
- Maria Regina Melo Spotti (R1)	1979
- Eleonora Luci M. Pena Malta	1979/1980
- Nilda Calil Alegretti (R2)	1980
- Pedro Sadao Hatashida (R2)	1980
- Carmem Silvia Akinaga Magario	1980
- Luiz Claudio Espindola	1980/1981
- Márcia Midori Kiota	1980/1981
- Marisa Silvia Laranjeira	1980/1981
- Rosa Maria Pinto de Aguiar	1980/1981
- Sandra Maria Monetti	1980/1981
- Maria Regina Melo Spotti (R2)	1981
- Lucia Emy Van Onselen	1981/1982
- Luciano Giovanni Barsanti	1981/1982
- Nilzely Helcias Flu	1981/1982
- Pedro Antonio Gaggini	1981/1982
- Priscila Bearsoti Pires	1981/1982
- Sonia Maria Uchoa	1981/1982

- Cristina Elisabete Costa	1982/1983
- Isaura Barreiro Rodrigues	1982/1983
- Mônica Piloto Santos	1982/1983
- Renato Antonio de Mingo	1982/1983
- Roseli Saccardo de Toledo	1982/1983
- Silvia Maria Tintori	1982/1983
- Ana Lúcia Caroccia	1983/1984
- Célia F. Coutinho	1983/1984
- Márcia Carvalho Mallozi	1983/1984
- Maria Cecília Correia	1983/1984
- Noemia Conceição Gil	1983/1984
- Regina Leonor Menezes	1983/1984
- Alzira Galvão Júlio	1984/1985
- Ivana Collonelli	1984/1985
- Maria de Fátima C. Fernandes	1984/1985
- Mary Hara	1984/1985
- Rita Aparecida Malerba	1984/1985
- Senira Shimizue	1984/1985
- Angélica Mendes Moreira	1985/1986
- Estela Maris Carvalho	1985/1986
- Laurinda Fujiko Tsukuda	1985/1986
- Maria Aparecida Dix Chehab	1985/1986
- Rochele Lopes Rodrigues	1985/1986
- Sandra Regina Morini	1985/1986
- Antonio Luiz Raimond	1986
- Ari Wajsfeld	1986
- Ludmila V. Wajnsk	1986
- Maria José de Souza	1986
- Marco Aurélio M. Campos	1986
- Takeshi Matsubara	1986