

ROBERTO TEIXEIRA MENDES

**TRABALHO E DOCTRINA:
OS CAMINHOS DA PRÁTICA PEDIÁTRICA NOS CENTROS DE SAÚDE**

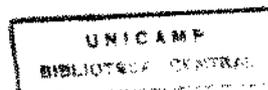
*Tese apresentada à Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção
do título de Doutor em Medicina, área
Pediatria.*

Orientador:

Profª Drª Maria Aparecida Affonso Moysés

Campinas

1996



05.010.716

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	M522t
V. Ex.	
TEMPO BC/	29437
PROC.	281197
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/10/97
N.º CPD	

CM 00099437-3

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M522t

Mendes, Roberto Teixeira

Trabalho e doutrina : os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde / Roberto Teixeira Mendes. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador : Maria Aparecida Affonso Moysés

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

1. História social . 2. Pediatria . 3. Medicina - prática . 4. Saúde Pública . I. Maria Aparecida Affonso Moysés. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

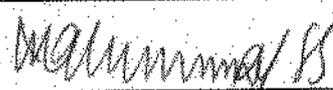
Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés

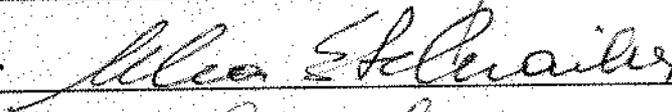
Co-orientador:

Membros:

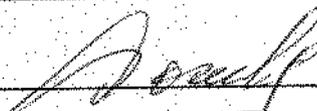
1. Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés



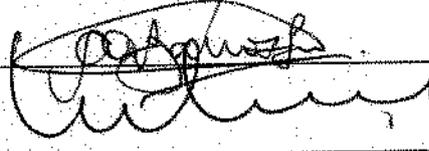
2. Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber



3. Prof. Dr. Cornélio Pedroso Roseburg



4. Prof. Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho



5. Prof. Dr. José Martins Filho

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

Data: 25/11/96

**À Magda, Júlia e Elisa: minhas
mulheres, meus amores.**

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer com a ênfase necessária a todos os que me apoiaram na realização deste trabalho. Certamente alguns amigos se ressentirão da falta de atenção ou de ênfase nos agradecimentos, com o que, desde já, me solidarizo e peço minhas desculpas. De todo modo, estes agradecimentos não são mera formalidade, e se os esquecimentos podem às vezes gerar algumas incompreensões e dissabores, as lembranças carregam todo o meu sincero reconhecimento e todo o meu carinho. Que se estendam a todos os que se sentirem partícipes desta caminhada.

A primeira menção deve ser feita à Angélica, companheira de desbravamento na inserção do ensino de Pediatria em uma rede de centros de saúde que insiste em não ser como gostaríamos que fosse: coisas da realidade. Comparada à sua amizade, esta lembrança realmente significa pouco.

Ao colegas da Pediatria Social: Selma, Fernando, Lurdinha, Maria Ângela, Ricardo, Gamba, Emília, Luzita; aos demais colegas do Departamento de Pediatria.

Ao meu novo companheiro de trabalho e novo grande amigo, Carlos Rivorêdo, pelo carinho com que escutou minhas dúvidas, pelas sugestões e pelos debates em que nos metemos por nossas idéias.

Ao Sérgio Silva, pela paciência com que colaborou na realização desta tese, algumas vezes, quiçá, assustado com o uso da metodologia das ciências sociais por um pediatra: seria tão perigoso um bisturi nas mãos de um sociólogo?

À Ana Paula, que digitou este trabalho e que sofreu, talvez mais do que eu, com a urgências dos prazos. À secretaria do Departamento, Simone, Sandra, Penha, pela resolução daqueles incontáveis pequenos problemas que sempre aparecem nos momentos mais impróprios.

Uma referência especial deve ser feita à Maria Duthil Novaes, que, apesar de não manter comigo uma relação profissional de proximidade, e a quem encontrei pessoalmente pouquíssimas vezes, mostrou-me um caminho fundamental para meu trabalho, como pediatra e professor de Pediatria.

Ao Barros, por expor claramente e sem restrições suas críticas e divergências, assim como os elogios e as convergências: o que mais esperar, no dia a dia do trabalho, como manifestação de alta consideração e apreço?

Pela lucidez e pela confiança, agradeço muito à minha orientadora Maria Aparecida Affonso Moysés, assim como por ter-me convencido a prosseguir no difícil caminho desta pesquisa, e por ter de fato me ajudado a trazê-la à luz. No estado em que me encontrava em alguns momentos cruciais, só ela pode dizer se o parto foi a fórceps ou pela via cesariana...

Finalmente, um profundo agradecimento à minha esposa Magda e às minhas filhas Júlia e Elisa: deve parecer realmente muito esquisito conviver com alguém que passa dias e noites, fins de semana e feriados refletindo e escrevendo sobre o cuidar de crianças, sem ter tempo e paciência para cuidar das próprias!

In memoriam, agradeço a três pessoas, que por caminhos diferentes, marcaram minha vida e que, de alguma forma, vivem neste trabalho: Cecília Donnangelo, Jarbas e Agnes.

*Eu prefiro ser
essa metamorfose ambulante
do que ter aquela, velha,
opinião formada sobre tudo.*

(Raul Seixas)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1- O Objeto e o Método	1
2- Medicina e Prática Médica	10

PARTE I: PRÁTICA MÉDICA E ESTRUTURA SOCIAL

1- O Renascimento e a Medicina das Espécies	17
2- O Capitalismo e a Clínica: A Medicina Científica	30
3- O Saber e a Prática Médica	50
4- Os Determinantes "Externos" da Prática Médica	68
5- Higiene e Saúde Pública: uma Medicina de Estado	81

PARTE II: PEDIATRIA E PUERICULTURA: A MEDICINA E AS PRÁTICAS DE CONSERVAÇÃO DAS CRIANÇAS

1- Puericultura: Prática Médica, Higiênica e Pedagógica	94
2- Pediatria: Especialidade Médica	125
3- A Divisão Técnica e Social do Trabalho no Interior da Pediatria	144

PARTE III: A ESTRUTURAÇÃO DA PEDIATRIA NO BRASIL

1- A Pediatria como Serviço Público e Filantrópico	160
2- Os Centros de Saúde como Órgãos Efetores das Políticas Sociais	191
3- Prática Pediátrica e Extensão da Assistência Médica via Centros de Saúde	215

PARTE IV: A PEDIATRIA FALA E FAZ

1- Os Pediatras: Prática e Doutrina	253
2- Trabalho e Doutrina no Cotidiano do Pediatra	268
3- O Método das Entrevistas. As Necessidades. O que não é feito. Diretrizes. Participação. Distanciamento. Intenções. Finalizando.	269
4- Considerações Finais	294

BIBLIOGRAFIA	297
---------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- BNH** - Banco Nacional da Habitação
- CDS** - Conselho de Desenvolvimento Social
- CS** - Centro de Saúde
- DNC** - Departamento Nacional da Criança
- DNS** - Departamento Nacional de Saúde
- FAS** - Fundo de Assistência Social
- INAN** - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- MPAS** - Ministério da Previdência e Assistência Social
- PA** - Pronto Atendimento
- PAC** - Programa de Assistência à Criança
- PAT** - Programa de Alimentação para o Trabalhador
- PIASS** - Programa de Interiorização da Assistência à Saúde e Social
- PMI** - Programa Materno Infantil
- PND** - Plano Nacional de Desenvolvimento
- PP** - Posto de Puericultura
- PPA** - Plano de Pronta Ação
- PRONAN** - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
- PS** - Pronto-Socorro
- RTM** - Roberto Teixeira Mendes
- SFH** - Sistema Financeiro Habitacional
- SNS** - Sistema Nacional de Saúde
- SSESP** - Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
- SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este trabalho estuda a conformação da prática pediátrica nos Centros de Saúde e sua evolução histórica. Tratando-se de uma prática médica referida especificamente à criança, e ocorrendo em uma determinada estrutura assistencial, o estudo começa por reconstruir a conformação da Pediatria como especialidade médica a partir da constituição da Medicina em profissão unificada e prática socialmente hegemônica, com relação ao tratamento das doenças e à conservação da saúde individual e coletiva. A Pediatria vai surgir, neste enfoque, como resposta da Medicina às demandas sociais colocadas pela emergência da criança como objeto de práticas sociais que visam sua conservação. Com o desenvolvimento da Medicina Científica e Tecnológica, ocorre no interior da Pediatria o processo de divisão técnica e social do trabalho médico, que tem suas especificidades. No Brasil, a institucionalização da Pediatria, como especialidade, guarda uma relação privilegiada com o desenvolvimento da estrutura médico-sanitária. A atuação dos pediatras na conformação dos serviços públicos de assistência à criança é decisiva, até o momento em que a própria divisão técnica do trabalho no interior da Pediatria, associada às transformações mais gerais da estrutura social brasileira e à reorientação do padrão assistencial da estrutura médico-sanitária, recoloque o atendimento à criança em novas bases. Nesse movimento, o pediatra deixa de ter como enfoque privilegiado de trabalho a conservação da saúde das crianças, passando a trabalhar sobre a doença manifesta nas crianças; a formulação do processo coletivo de trabalho vai ser atribuição da área da Saúde Coletiva e de seus profissionais, sendo então as atividades contidas no âmbito da Puericultura redistribuídas para outros profissionais dos Centros de Saúde. Além de ter seu objeto de trabalho reduzido praticamente à doença manifesta, o pediatra trabalhando nos Centros de Saúde recria, no atendimento médico à criança, uma modalidade de consulta médica que se constitui no padrão de consulta dos serviços públicos de primeira linha: o

Pronto Atendimento. Esse padrão de consulta tem, como uma de suas características, a aplicação restrita das tecnologias (materiais e não-materiais) da clínica. Todas essas transformações da prática pediátrica especificam, para o pediatra, o tensionamento que se estabelece, entre o ideal de prática médica e as situações concretas do trabalho médico. No caso dos pediatras trabalhando na Rede Pública de Saúde, o tensionamento aparece como um conflito entre a doutrina pediátrica de atendimento integral à saúde da criança e o seu trabalho cotidiano no âmbito dos Centros de Saúde.

INTRODUÇÃO

1- O Objeto e o Método

Uma pergunta origina este trabalho: **o que é a prática pediátrica nos Centros de Saúde?**

Após décadas de aparente segurança com relação ao que seja a tarefa de atender crianças nos Centros de Saúde, deparamo-nos com um grande vazio conceitual, mascarado ou preenchido pela repetição e recuperação de antigas diretrizes, formuladas há mais de 20 anos no âmbito do que se convencionou chamar de Atenção Primária à Saúde.

Apesar do grande avanço experimentado pela Clínica Pediátrica durante este período, é notável a dificuldade de acesso da grande maioria das crianças brasileiras aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos disponíveis para uma pequena parcela. Os quase vinte anos que nos separam da Conferência de Alma Ata, marco na definição dos projetos de Atenção Primária à Saúde ampliaram, ao invés de reduzir, a distância entre a prática pediátrica realizada nos Centros de Saúde e o conjunto de saberes e tecnologias disponíveis para o pediatra.

Falta um conjunto de proposições que orientem a reflexão sobre a prática pediátrica nos Centros de Saúde. Isso ocorre mesmo nas entidades e instituições que, tradicionalmente, falam sobre a saúde da criança e sobre o "que fazer" da prática pediátrica, como é o caso das Sociedades de Pediatria, das Secretarias de Saúde, do Ministério da Saúde, das instituições de proteção à infância, dos livros de Pediatria, das revistas de Pediatria, dos Departamentos de Pediatria.

Desde o texto que emerge da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, passando pela produção acadêmica e pelas publicações que tratam do assunto, no debate sobre o Sistema Nacional de Saúde, a criança como que desaparece, substituída na ênfase das prioridades pelos temas da Saúde do

Trabalhador e da reforma da área de Saúde Mental, sem falar dos novos temas como o adensamento tecnológico, a política de insumos e à coqueluche do momento, os Modelos Assistenciais e o Planejamento Estratégico e Situacional.

Se, antes, a assistência à criança era uma prioridade no discurso sanitário, nunca contemplada na prática, salvo raras exceções pontuais e limitadas, hoje ela não surge como prioridade nem no discurso.

Mudou o discurso ou mudou a criança?

Com certeza, o eixo do debate acadêmico e político sobre a Reforma Sanitária deslocou-se, há tempos, das práticas de saúde para a conformação do modo de produção dos serviços de saúde e para as estruturas político-jurídicas relativas a esse modo de produção. Como aponta Madel Luz, ***“Uma tradicional mentalidade de ação macro estrutural continua dominante nas instituições públicas da área de saúde e em muitos tecnocratas e políticos ligados à instituições civis e acadêmicas da área de saúde”*** (LUZ, 1994: 146).

A par da mudança do discurso, relativa ao novo rumo tomado pela reflexão acadêmica e pelo embate mais propriamente político, a criança também mudou. O homem, traz em si as marcas de seu tempo, marcas que ele próprio constrói. Também a criança interage com seu mundo, às vezes de forma menos perceptível. Talvez por sua posição ainda secundarizada com relação ao “mundo adulto”! A cada espaço, temporal e social, corresponde uma concepção do que seja a criança. Por outro lado, cada momento histórico traz em si, junto com suas diferentes concepções sobre o mundo, a vida, o próprio homem, diferentes problemas. O problema mais visível referente à maneira como a criança é tratada pela sociedade brasileira é o surgimento de um contingente cada vez maior de crianças perambulando pela ruas e o aumento da criminalidade nesses grupos, tanto por “crimes” praticados por essas crianças, como pela violência criminal, institucional, ou outra que sobre ela se abate.

A criança, como prioridade em discursos institucionais e acadêmicos, sai da área mais restrita da Saúde para o âmbito da Justiça e da Assistência Social

Como pediatra e professor de Pediatria, trabalhando no âmbito dos serviços públicos de saúde, tenho que forçosamente refletir sobre a relação entre a Pediatria, o pediatra, os serviços públicos de saúde e a criança. A pergunta que faço e que norteia este trabalho é, por isto, uma questão que se situa no cotidiano de minha atividade docente, e que tento enfrentar lançando mão da reflexão sobre minha própria prática, a de meus colegas e a dos pediatras com os quais convivo no dia a dia dos Centros de Saúde.

O esforço de conceituar o trabalho do pediatra no Centro de Saúde insere-se também no conjunto de questões que se situam no âmbito do que se convencionou chamar Pediatria Social em nosso Departamento na UNICAMP.

À falta de uma melhor definição do que seja Pediatria Social e dos atributos e finalidades dessa área de ensino e pesquisa dos departamentos de Pediatria, costuma-se designá-la como a área em que se situam as práticas de ensino e pesquisa voltadas ao campo de Saúde Coletiva referente às crianças, assim como a área em que se concentram as atividades de ensino de Pediatria nos Centros de Saúde, para alunos e residentes.

A definição de uma área de ensino médico a partir do que ela proporciona de atividades curriculares inverte o sentido comum da inserção de áreas do conhecimento no espaço curricular. Geralmente, uma área de saber ou prática médica é inserida no currículo somente quando demonstra sua pertinência na formação do aluno, após um período razoável de constituição e desenvolvimento de práticas e saberes relevantes para a Medicina e/ou para a prática médica.

Com a Pediatria Social, parece ocorrer o inverso, ou seja, não há quem não ache importante a prática pediátrica nos Centros de Saúde para a formação do médico. Entretanto, é difícil precisar os saberes e práticas que constituem a especificidade da Pediatria Social, anteriormente à prática de ensino nos Centros de Saúde.

Podemos aventar algumas hipóteses. A primeira, refere-se a uma continuidade da Puericultura, como saber e prática, no interior dos departamentos

de Pediatria. A denominação Pediatria Social para o que outrora se chamava de Puericultura teria um sentido modernizante no âmbito da escola médica, no esteio das reformas médicas e do ensino médico das últimas décadas, que acabaram por instituir os departamentos de Medicina Preventiva e Social. A participação dos departamentos de Pediatria nas discussões da reforma do ensino médico e na implantação dos projetos de Medicina Comunitária acabou por situar a prática e o ensino de Puericultura num outro contexto, abarcando conteúdos das áreas de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, assim como práticas referentes a essas disciplinas.

Outra hipótese, não excludente em relação à primeira, é de que, além do fenômeno apontado, talvez anterior ou concomitante a ele, a necessidade de desenvolvimento das especialidades médicas no interior dos departamentos de Pediatria levou a que se agrupasse numa mesma área, ainda inespecífica, temas de Puericultura e da grande área de Pediatria Geral, liberando corações e mentes para o aprofundamento nas pesquisas e atividades das especialidades pediátricas e no desenvolvimento tecnológico aplicado à clínica Pediátrica.

Não é sobre a constituição da Pediatria Social que versa este estudo. Ele decorre principalmente do esforço que nós, docentes da área e estudiosos dos assuntos referentes à saúde da criança nos aspectos relegados pela Pediatria geral e especializada, empreendemos na tarefa de constituir um corpo teórico que dê suporte ao ensino e à pesquisa no âmbito da assistência à saúde da criança nos serviços públicos.

O tema escolhido, a prática pediátrica na Rede Básica de Saúde, está ligado a um dos aspectos relevantes e históricos da Pediatria: o cuidado médico para a criança carente. Não se trata aqui de sugerir que “o social” da Pediatria Social refira-se à pobreza, reproduzindo a concepção corriqueira do que sejam questões sociais¹, mas é exatamente na prática pediátrica nos Centros de

¹ Esta concepção pode ser percebida em expressões muito comuns, na atualidade, como “tudo pelo social”, ou “é fruto de problemas sociais”, como se os problemas em geral e para qualquer um não tivessem sua dimensão social.

Saúde que "o social" surge com maior clareza na determinação dos problemas de saúde da criança e no modo de trabalho do pediatra. Nesse sentido, é muito importante entender e elucidar de que maneira a Pediatria se dirige concretamente, através do trabalho do pediatra, às necessidades de saúde das crianças expressas, de algum modo, pela busca de consulta médica nos Centros de Saúde.

Cabe, aqui, um primeiro recorte teórico-metodológico, que explicita os caminhos pelos quais este trabalho busca o concreto da prática pediátrica. Não será através da descrição do atendimento prestado às crianças, nem de uma discussão sobre dados estatísticos levantados nos serviços que o concreto será apreendido. Estes não são irrelevantes, mas apresentam-se como expressão do fenômeno que se procura estudar. O que se pretende é uma aproximação com a essência do fenômeno, ou seja, buscar definir a prática pediátrica nos Centros de Saúde a partir de sua conformação como atividade específica e de sua relação com outras práticas sociais, no momento e na sociedade em que ocorre.

Isto só é possível se considerarmos que o que se apresenta de imediato na percepção dos fenômenos é apenas sua aparência externa, na verdade, a projeção, na consciência do observador (sujeito), dos aspectos do fenômeno relevantes para sua compreensão e utilização na dimensão utilitária da vida cotidiana. Essa distinção entre aparência e essência do fenômeno é feita através da desconstrução do fenômeno, reconhecimento de suas partes pela via da reflexão, processo mental conhecido como abstração, em que a decomposição não leva à absolutização das partes ou a seu isolamento, mas busca entender exatamente as relações que estabelecem entre si, na constituição do fenômeno e da totalidade em que está inserido.

O concreto surge, então, como um retorno das partes e relações abstraídas para o real reconceptualizado, sendo que a validade da abstração vai ser posta à prova na capacidade explicativa que o processo todo estabelece com relação ao fenômeno estudado. Neste caso, o processo equivale ao método de estudo do fenômeno (KOSIK, 1976). Para se estudar o que é a prática pediátrica

nos Centros de Saúde, devemos então, inicialmente, considerar seus elementos constituintes e estabelecer as relações com a totalidade da qual derivam e na qual se inserem.

A definição do método de estudo vai estar amarrada ao objeto e às suas características. Sendo objeto historicamente variável, isto é, que se redefine por relação às transformações por que passa a sociedade, essa é uma das características do objeto que devem ser necessariamente apreendidas pelo método. Além disso, deve ser possível recuperar com o estudo um dado sentido da transformação do objeto, sentido este que permita fazer inferências sobre ele em distintos momentos, contextualizá-lo, apontar um "de onde vem" e intuir um "para onde vai". Dado o extremo dinamismo dos fenômenos sociais, a apreensão do movimento mais geral e das relações entre o objeto e a estrutura social que se modifica é essencial.

Por sua vez, o trabalho de investigação deve ser demarcado por critérios de cientificidade que, no caso dos métodos qualitativos das ciências sociais, apresentam uma série de questionamentos por relação aos métodos quantitativos em geral. A principal crítica refere-se a uma pretensa neutralidade do pesquisador com relação a seu objeto de investigação. No caso da pesquisa social, em que o pesquisador está imerso na mesma sociedade que seu objeto, e que tem à priori uma concepção da sociedade em que o fenômeno está sendo estudado, os métodos quantitativos parecem mais "neutros", já que quantificáveis e passíveis de análises matemático-estatísticas: em uma palavra, parecem métodos mais objetivos, ou não impregnados pelos valores do pesquisador.

Sem desprezar os métodos quantitativos na análise dos fenômenos sociais, a questão que se coloca é a de que, embora a quantificação seja importante instrumento de apreensão da realidade social, ela tem seus limites colocados, fundamentalmente, pela questão que se procura estudar; por exemplo, no caso deste estudo, a constituição e a evolução histórica do trabalho do pediatra nos Centros de Saúde. A construção de dados quantitativos desse fenômeno traria poucas informações sobre o que determina suas diferentes

formas históricas, ao mesmo tempo em que a análise dos dados traria à baila toda a sorte de interpretações, se não estiverem elas mesmas (as interpretações) contidas em um quadro referencial-teórico nitidamente delimitado.

A questão da objetividade nas ciências sociais em geral, do que não escapam os métodos quantitativos, torna-se questão relevante por conta da impossibilidade da "neutralidade" do sujeito com relação ao objeto. Na opinião de Pedro DEMO (1985), com relação às ciências sociais ***"discutimos, pois, não sua isenção, mas o grau maior ou menor de compromisso ideológico. Concentramos nossos esforços não na eliminação dela (ideologia), mas numa convivência crítica com ela, para que consigamos aquilo que é parâmetro fundamental das ciências sociais: nelas deve predominar a construção científica sobre a ideológica"***. (DEMO, 1985: 71)

Para esse autor, não é realizável a objetividade nas ciências sociais, mas busca-se a objetivação, ***"...entendida como o esforço e o processo interminável e necessário de atingir a realidade..."*** (op cit: 71). Os critérios mais importantes de cientificidade para ele podem ser divididos em critérios "internos" (do próprio trabalho, da obra científica) e externos (decorrentes das opiniões sobre a obra, qualidade atribuída "de fora"). Entre os critérios "internos", há aqueles relativos à forma e os relativos ao conteúdo.

Os critérios formais mais importantes são a coerência e a consistência, esta entendida como a capacidade de resistência às críticas assim como a profundidade na abordagem do assunto. Os critérios de cientificidade mais ligados ao conteúdo são os de originalidade e o de objetivação.

Devo ressaltar que a forma de exposição do trabalho não coincide exatamente com a maneira como me aproximei do assunto, nem com os passos dados no sentido de esclarecer as questões que se apresentavam no correr do estudo. É, antes, um formato redacional, que busca expor com clareza os elementos estudados, as bases teóricas, as elaborações, de modo a recuperar para o leitor um raciocínio, mais do que reproduzir a cronologia da pesquisa. Por isto, afirmar de início que o atendimento médico à criança nos Centros de Saúde

(CS) é uma prática pediátrica, eqüivale a antecipar uma das possíveis conclusões deste trabalho , mas esta antecipação cumpre a função de deixar claro do que estou falando quando me refiro à prática pediátrica.

Chamo de prática pediátrica nos Centros de Saúde o atendimento médico às crianças que buscam esses serviços. Embora essa atividade não se restrinja a médicos formalmente considerados especialistas em Pediatria (como se verá, boa parte dos que exercem essa atividade não tem título de especialização), a consulta médica de crianças é sempre uma consulta pediátrica, pois, tanto no interior da Medicina, como para a sociedade em geral, quem fala sobre a saúde e a doença das crianças é a Pediatria.

A prática pediátrica vai ser estudada, então, em sua objetivação como trabalho médico, em suas dimensões de prática técnica e prática social e abordada segundo a concepção de práxis. A prática é pensada, assim, como atividade humana que cria a realidade, ou melhor, que elabora a realidade, não se reduzindo ao momento mais propriamente laboral (a consulta), mas abarcando as reflexões e atitudes dos agentes com relação ao próprio trabalho. Essa dimensão existencial da prática, presente em maior ou menor grau em qualquer trabalho, é a que permite tomar consciência do trabalho, e através desta, orientar atitudes que visem modificar suas condições de realização ou mesmo transformar seus objetivos.

De novo, devo deixar claro que o que se procura estudar não é "como" as crianças são atendidas nos CS pelos pediatras, mas, sim, em que consiste a prática pediátrica nos CS, quais seus determinantes e qual o papel do pediatra na sua constituição. Isto só pode ser conseguido decompondo-a em seus elementos e recuperando historicamente a conformação de cada elemento e de suas relações, de modo a evidenciar a prática como determinada por sua inserção em uma dada estrutura social, assim como determinante da própria formação social da qual faz parte. Essa elaboração será feita no correr do texto nos capítulos pertinentes, onde se definirá com maior propriedade e profundidade o que estamos chamando de elementos e relações.

A pesquisa orientada neste sentido pode ser classificada como uma pesquisa teórica, pois a reflexão baseia-se na leitura de textos que abordam: a metodologia das Ciências Sociais; a fundamentação teórica do método escolhido; e, principalmente, a conformação da Medicina, da Pediatria, da prática médica e da prática pediátrica nas sociedades contemporâneas. Também fazem parte do material bibliográfico textos sobre a conformação do Estado e das Políticas de Saúde no Brasil, assim como a recente, mas extensa, produção sobre a Reforma Sanitária.

Constituem esses textos a base teórica da pesquisa e parte da base empírica, uma vez que aqueles que tratam da formulação das Políticas de Saúde falam diretamente da realidade em que se insere a prática pediátrica a ser estudada.

A pesquisa pode ser classificada, também, como pesquisa estratégica, usando-se a tipologia de Bulmer apontada por MINAYO (1994), já que aborda uma questão presente no dia a dia da sociedade.

Uma última consideração deve ser feita com relação às características deste trabalho. Não se deve buscar nele qualquer proposta formalizada sobre a prática pediátrica nos CS. Não é objetivo deste trabalho propor esta ou aquela ação, mas trazer à tona elementos para a reflexão sobre o que é esta atividade hoje, o que evidentemente pode e deve influenciar, de alguma maneira, decisões que se devam tomar com relação à assistência à criança na Rede Básica de Saúde.

Se, como pediatra, docente, sujeito social, compartilho de posições políticas e ideológicas, expressas em movimentos e atividades políticas, ou mesmo administrativas, no âmbito dos serviços públicos de saúde, recuso qualquer relação mais imediata ou pragmática destas com o objetivo deste trabalho. Evidentemente, a escolha de minha área de trabalho, assim como do tema desta pesquisa estão, como já disse, intimamente vinculados à minha visão de mundo, assim como à minha opção de vida. Não poderia ser de outra forma, pois não há pesquisa onde não há interesse e sobre o que não há dúvida.

No entanto, este trabalho deixaria de ser um trabalho de pesquisa se a construção do objeto e a sua apreensão para o estudo, fossem orientadas pelos aspectos mais valorativos de minha relação com ele. Insisto em que não se busque neste trabalho uma crítica à assistência à criança na rede pública de saúde, mas uma elaboração do que se pode considerar a prática pediátrica nos Centros de Saúde. Reporto-me, desta maneira, às minhas incertezas e às minhas dúvidas quanto à minha compreensão da estruturação dessa prática como prática médica e abro mão da tranqüilidade que pode advir da simples elaboração de uma crítica ou de uma proposta sobre o trabalho pediátrico na rede de saúde.

2- Medicina e Prática Médica

Para o objetivo deste trabalho, a abordagem da Pediatria e da prática pediátrica será feita por referência à Medicina e à prática médica, do ponto de vista de sua especificidade como especialidade médica, e por referência à sua função social, no sentido de prática social necessária e articulada a uma dada formação social.

À primeira vista, pode parecer que se tratam de duas abordagens distintas, uma referente às relações "internas" da Pediatria com a Medicina e a outra tratando de suas relações sociais, isto é, de seus aspectos "externos".

Ao contrário, o que se procura elaborar é uma compreensão da Medicina e da Pediatria que supere essa dicotomia e que as apresente como constituintes da própria estrutura social, determinando essa estrutura e sendo por ela determinadas, em um movimento que só pode ser percebido ao nos reportarmos ao movimento mais geral de conformação da sociedade.

Nesse sentido, não cabe entender a Medicina (e a Pediatria) como um "setor" da estrutura social razoavelmente estanque, com seus objetivos, corpos teóricos, instrumentos e atividades, compondo uma unidade anterior e acima do

todo social, adequando-se aqui e ali às demandas por assistência ou àquelas inerentes ao seu próprio desenvolvimento. Por outro lado, não se nega aqui a existência de uma especificidade da Medicina, nem se passa por cima de sua singularidade com relação a outras práticas sociais.

Explicito a abordagem a ser dada à Medicina neste trabalho, pois, freqüentemente, esta é concebida como um corpo de conhecimentos que atua, através da prática, sobre problemas referentes à saúde e à doença das pessoas, tomadas como indivíduos ou conjuntos de indivíduos. Seria, por assim dizer, uma prática técnica, com todos os atributos que disso possam advir. A Medicina, no entanto, e mesmo quando entendida somente como prática técnica, deve responder às necessidades postas pela sociedade, assim como tem sua prática e seu desenvolvimento intimamente relacionados e afetados por questões de ordem política, ideológica, cultural e econômica.

É também conhecida a tendência de, ao se historiar a Medicina, estabelecer uma cronologia de momentos recortados de um continuum, de desenvolvimento do conhecimento que a fundamenta, das técnicas relativas a ele e dos modos de trabalho do médico. É uma história em que se dá importância aos grandes feitos e às grandes descobertas, particularmente àquelas que ainda hoje podem ser tidas como corretas à luz do conhecimento atual, ou que sejam precursoras deste. Isto contribui para a sensação de perenidade da Medicina, de uma forte coerência interna, no sentido de constituir-se progressivamente na verdadeira ciência e arte de curar doenças. Deste ponto de vista, a Medicina evolui, mas seus objetivos se mantêm constantes e sempre os mesmos. Mais do que isso, o objeto sobre o qual se debruça, a doença, é também tomado como invariável, além de aparecer como fenômeno totalmente afeto à natureza.

A Medicina, por esta ótica, é tomada como um corpo de conhecimento e técnicas, ambos cientificamente desenvolvidos, que atua sobre os problemas de saúde e suas causas. A atividade médica propriamente dita é exercida por médicos que, baseados naqueles conhecimentos e utilizando as técnicas, complementam-nos, no momento do trabalho, com o discernimento, a

habilidade e a intuição, nos quais reside a arte médica, sua face mais humana. Um conjunto de atividades são "delegadas" a outros profissionais, com variados graus de capacitação, constituindo o amplo espectro dos serviços de apoio à atividade médica, que vão desde as funções de enfermagem até os procedimentos executados por técnicos de laboratório e de equipamentos diagnósticos.

Este modo de conceber a Medicina e a prática médica, exposto de forma bastante resumida e um tanto caricata, não é o que se utilizará neste trabalho. Como perceber, a partir dessa concepção, outras abrangências da prática médica, por exemplo sua capacidade de modificar hábitos tão culturalmente arraigados como os de alimentação, atividade física e mesmo a atividade sexual? E como entender a emergência de especialidades médicas tais como a Geriatria, a própria Pediatria, e hoje em dia, a tentativa de constituição de uma Medicina para adolescentes?

Vamo-nos deter um pouco mais sobre estas duas questões. Com relação à primeira, é de se salientar a natureza deste aspecto da prática médica, que se dirige ao conjunto dos indivíduos numa atitude eminentemente pedagógica, totalmente diversa da que a caracteriza como prática técnica. Com relação à segunda questão, sabe-se que a grande maioria das especialidades médicas se organiza em torno e a partir de conhecimentos sobre os diversos aparelhos, sistemas e funções (neurologia, pneumologia, endocrinologia etc). Entretanto, as especialidades citadas dirigem-se a diferentes faixas etárias, que comportam, evidentemente, especificidades do ponto de vista orgânico. Curiosamente, são faixas etárias nas quais os indivíduos ou ainda não entraram no mercado de trabalho formal ou dele já saíram e que, portanto, geram ônus à atividade econômica; e a assistência médica dirigida a esses segmentos está geralmente imbricada com um conjunto de ações de promoção e assistência social.

Uma concepção de Medicina e prática médica que dê conta destes aspectos deve, necessariamente, tomá-la para além de suas características de

cientificidade e técnica, embora considerando estas como constituintes importantes de sua forma atual de organização. Trata-se, então, de problematizar a Medicina como fenômeno social e isto implica em compreendê-la em relação a formações sociais concretas. Mais do que isto, e como todo fenômeno social, deve ser apreendida em seu movimento histórico, referente a cada momento histórico dessas formações sociais.

Tomando o conceito de formação social do materialismo histórico, sua utilização neste trabalho, deve ser entendida como designando “... **uma sociedade historicamente determinada, um todo social em um momento de sua existência. A formação social constitui por si mesma uma unidade complexa na qual domina um certo modo de produção, que determina o caráter dos outros**” (FIORAVANTE, et al., 1978: 33).

Também o conceito de modo de produção deve ser entendido como um conceito teórico, um instrumento metodológico de aproximação da realidade, “... **um conceito abstrato-formal (...) que adotamos exclusivamente com fins operatórios para constituir um modelo teórico de análise que nos sirva de instrumento para a interpretação de uma realidade social. Assim, os modos de produção capitalista, feudal e escravista são objetos abstrato-formais, que não possuem uma existência real, mas que são utilizados como modelos para uma aproximação a certa realidade**”. (FIORAVANTE, et al., 1978: 33).

O conceito **modo de produção** é utilizado para aproximação a uma sociedade concreta em um dado momento histórico. Esta sociedade, no momento da análise, conceitua-se como formação social. De acordo com MINAYO (1994: 67), “**é dentro do conceito abrangente de formação social que podemos analisar, numa determinada sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção: as classes sociais básicas e a luta de classes; a divisão do trabalho; as formas de produção, circulação e consumo de bens; (...); o Estado; o desenvolvimento da Sociedade Civil;**

(...); as formas de consciência real e possível dos diferentes grupos sociais (...);” (MINAYO, 1994: 67)

A partir desta abordagem metodológica, é inadequado estabelecer-se uma distinção analítica entre Medicina e prática médica, uma vez que a Medicina só pode ser abordada como prática social estruturada em uma dada formação social. Assim, o termo prática médica deixa de ser apenas uma designação vaga do trabalho médico ou das ações de caráter mais instrumental ou de intervenção próprias à Medicina, para ganhar o contorno mais amplo de prática que se inscreve e se expressa em todas as instâncias de uma dada formação social.

Na “Contribuição à Crítica da Economia Política”, Marx conceitua a estrutura social da seguinte maneira: ***“Na produção social de suas existências os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade. Estas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto das relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política, à qual correspondem formas sociais determinadas. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina a realidade; ao contrário, é a realidade social que determina sua consciência”*** (apud FIORAVANTE, 1978: 14). Não se deve confundir modo de produção, conceito teórico, com maneira de produzir bens materiais ou serviços. Modo de produção, conceito, engloba a produção de bens e serviços, a reprodução das relações de produção, e também as condições jurídicas, políticas e ideológicas (supra-estruturais) que lhes dão suporte. ***“O Modo de Produção Capitalista enquanto produz bens materiais, reproduz as relações de produção capitalistas e, ao mesmo tempo em que reproduz essas relações, reproduz suas condições de existência superestruturais, isto é, as condições***

ideológicas e as relações de poder, assim como o papel que desempenham dentro da estrutura social” (FIORAVANTE, et al., 1978: 14).

Temos, então, que a estrutura global de todo modo de produção pode ser subdividida, conceitualmente, em infra-estrutura e supra-estrutura: a estrutura regional (ou região estrutural) econômica constituindo a infra-estrutura; as estruturas regionais (ou regiões estruturais) jurídico-política e ideológica, constituindo a supra-estrutura.

Abordar a prática médica como prática social, segundo o método e os instrumentos aqui utilizados, significa apreendê-la como um conjunto de práticas articuladas e atuando infra e supra-estruturalmente. Em outros termos, significa percebê-la como constituinte da estrutura social, sofrendo as mesmas ordens de determinação, ao mesmo tempo em que conserva relativa autonomia: transformando-se enquanto o todo se transforma; transformando o todo enquanto se transforma.

Não pretendo aqui esgotar as possibilidades de análise da prática médica como prática social, pois trata-se de tarefa talvez infinita. Devo indicar, então, os aspectos a serem trabalhados, com suficiente clareza e profundidade, para dar conta do objeto de estudo deste trabalho, a prática pediátrica nos Centros de Saúde.

O texto divide-se em quatro partes. Na Parte I, Prática Médica e Estrutura Social, vou tratar da conformação atual da prática médica, de modo a abranger, tanto as transformações de sua base de conhecimentos e a reorganização do processo de trabalho, como também a relação que guarda com a passagem de um modo de produção (feudal) a outro (capitalista) e sua ascensão como prática hegemônica referente à saúde.

Na Parte II, Pediatria e Puericultura, identifico o surgimento de uma abordagem mais sistemática da criança por parte da Medicina, acompanhando a emergência da criança e da infância no cenário social e político.

Esses dois aspectos serão tratados por referência aos países europeus em que se desenrola inicialmente a transição para o capitalismo, em

especial a França do séculos XVIII e XIX, onde a reorganização dos hospitais e o desenvolvimento da Clínica lançam as bases para a moderna prática médica. Também a constituição da Pediatria vai ser estudada principalmente na França, mas também na Alemanha e Inglaterra.

A Parte III, A Estruturação da Prática Pediátrica no Brasil, faz uma análise histórica da emergência das práticas de Saúde Pública e o entrelaçamento da Pediatria com a estrutura médico-sanitária desde o início do século. Além disso, recupera a conformação de um modelo assistencial específico, a Medicina Comunitária, e a inserção da prática pediátrica no interior do projeto da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Na Parte IV, A Pediatria Fala e Faz, demonstra-se a estreita relação da Pediatria brasileira com as instâncias decisórias sobre a assistência à criança no âmbito público e a manutenção de uma doutrina de conservação da criança que permeia as representações dos pediatras e suas ações. Ela apresenta-se com um certo destaque por relação às outras, dado que toma como material de análise a doutrina pediátrica expressa em capítulos de livros de Pediatria e depoimentos de pediatras brasileiros de relevo. No conjunto do estudo, a Parte IV visa exatamente dar voz aos agentes históricos da prática pediátrica. Dessa análise, surge a questão relativa às influências desta doutrina sobre a prática pediátrica que se realiza nos Centros de Saúde no presente momento. Com o intuito de vislumbrar novas possibilidades de estudo, colocar novas perguntas mais do que obter respostas, são apresentadas, neste capítulo algumas entrevistas realizadas com pediatras que atuam na Rede Básica de Saúde de Campinas.

PARTE I - PRÁTICA MÉDICA E ESTRUTURA SOCIAL

1. O Renascimento e a Medicina das Espécies

A reorganização da Medicina, que ocorre quando da transição para o modo capitalista de produção, nos países da Europa Ocidental, lança as bases para que se desenvolva do modo como a conhecemos hoje.

Na verdade, é possível considerar que, mais do que uma reorganização, ocorre uma constituição do campo de práticas e saberes ao qual se denomina hoje Medicina, engendrada pelo agrupamento de práticas assistenciais, anteriormente situadas fora do âmbito de intervenção do médico, pela transformação radical da base técnico-científica do conhecimento médico e pela ampliação da hegemonia da Medicina como saber e prática social a que se reporta a sociedade, no sentido de atuar sobre as questões que envolvem a saúde e a doença.

Ao se separar, esquematicamente, aspectos referentes à constituição da Medicina moderna, deve-se deixar claro que, do ponto de vista adotado neste trabalho, trata-se somente de abordagens parciais de um mesmo fenômeno e que sua relação com a totalidade da mudança operada na sociedade está dada pela maneira como nos aproximamos dos aspectos parciais do fenômeno.

Assim é que, para que seja possível entender de que modo a Medicina passa a adotar o método científico como orientador da forma de apreensão e conceptualização da doença (do fenômeno patológico), deve-se inscrever a racionalidade médica e, portanto, dos cientistas e dos médicos, no esforço de configuração de uma nova razão explicativa dos fenômenos naturais e sociais.

Essa razão é uma razão humana, "terrestre", decorrente do esforço para a apreensão e domínio da natureza, inicialmente, e dos fenômenos sociais, posteriormente. Contrapõe-se à razão divina, teológica, base da dominação ideológica exercida pela Igreja no sistema feudal.

O Renascimento, caracterizado por ampla revolução sócio-cultural, implicada na transição feudal-moderna, é a base para a constituição da racionalidade moderna em todos os campos² e, no início do século XVII, Descartes e Galileu são exemplos da ruptura dos limites anteriormente postos para a Filosofia e para a Ciência. Descartes, no “Discurso sobre o Método”, aparece como **“... o grande intérprete do imaginário científico do período clássico. Imaginário que concebía as representações de Mundo e Natureza como materialidade, objetividade, exterioridade face ao humano, apreensíveis e explicáveis segundo a ordem da Razão. Descartes fornece, decididamente, à razão moderna, um instrumento de luta que a fará socialmente vitoriosa nos séculos que se seguem: o método científico como a forma correta de produzir verdade.”** (LUZ, 1988: 40)

O pensamento que, pouco a pouco, desde fins da Idade Média, impulsiona a criação de máquinas e instrumentos, revoluciona as artes, permite a ampliação do mundo conhecido e a conquista de “novos mundos”, institui na verdade uma nova forma de pensar a totalidade, isto é, o homem em relação com o mundo e com Deus. Ele (o pensamento racional) é o motor da ruptura da visão e organização do mundo vigente à época. Para dar suporte às novas teorias, lança-se mão dos clássicos, especialmente Platão, no original, contornando, dessa maneira (mas também contrapondo-se a) os textos escolásticos, principalmente a leitura cristã de Aristóteles, expressa na doutrina de S. Tomas de Aquino.

O homem ressurgue como indivíduo frente ao universo e perante os outros homens, capaz de conjecturar livremente sobre sua origem e a de tudo que o cerca, assim como sobre as leis que regem a natureza, na qual não mais se inclui, a não ser no sentido de que dela provém e da qual conserva traços constitutivos. É dotado, portanto, de força criativa, o que pressupõe

² Sobre a importância da constituição de uma racionalidade moderna, Max Weber estabelece as relações entre a idéia de Razão decorrente do protestantismo e a organização da produção, do trabalho, que, para ele, constitui um dos elementos básicos do capitalismo. (WEBER, A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo. São Paulo: Pionira, 1996)

independência, capacidade de evolução pessoal e de poder sobre o ambiente e a sociedade. ***“O antropocentrismo renascentista é prático, conquistador, colonizador. Assinala uma cisão não apenas entre “ordem divina” e “ordem humana”, mas também entre “ordem humana” e “ordem natural”. Separam-se Deus, homens e natureza”.*** (LUZ, 1988: 18)

Da crítica ao saber constituído e do desenvolvimento de uma observação sistematizada sobre a natureza, vai se constituindo uma forma de construção de novos saberes, um método, o experimento. Veja-se que, ao desviar o olhar das explicações divinas, a razão que surge com o Renascimento percebe e defronta-se com as questões “mundanas” da época: a navegação, a conquista, a guerra, o comércio, a produção de alimentos, as pestes e, por conseguinte, com a necessidade de organizá-las racionalmente para poder enfrentá-las.

Aos poucos, vão sendo elaborados os instrumentos, materiais ou intelectuais, de apreensão da realidade e, em decorrência, as formas de atuação sobre a mesma, ambos servindo de suporte para a crítica do já estabelecido e potencializando a fé na capacidade transformadora da razão humana utilitária.

O Iluminismo surge então como o tempo dessa nova razão e o século XVIII é testemunha do racionalismo elevado à razão de Estado, com os déspotas esclarecidos (Frederico II da Prússia, José II da Áustria), que se empenham em extinguir os últimos resquícios do feudalismo, suprimindo a influência política e social da Igreja, instituindo projetos de corte assistencial, subsidiando filósofos, cientistas e pensadores. Há uma grande esperança na capacidade da ciência e da técnica em melhorar a condição de vida das pessoas e essa esperança é fundada nas suas já evidentes influências no mundo da produção. A fé no progresso pela ciência é o que move os enciclopedistas, como Diderot, que, professando um materialismo radical, criticam as tradições e exaltam a técnica. Percebe-se um mundo razoavelmente estável, seja pela ação das forças naturais exercendo um equilíbrio sobre a matéria e as coisas (no Universo, na Natureza), ou pela vontade divina, em última instância, restando ao homem

aperfeiçoá-lo, nos aspectos que envolvem as relações sociais e a condição de vida de cada um.

A par da confiança na ciência e na técnica como instrumentos de progresso, a crítica às idéias e valores fundados na tradição abrem espaço para a projeção do futuro, no sentido de constituir sociedades ideais, onde a miséria, a fome, as doenças estejam banidas e o convívio se dê com base nos valores humanistas. Entende-se que a felicidade pode ser alcançada nesta vida, por todos e qualquer um, mas para isso grandes passos devem ser dados. As utopias aparecem então com grande força, permitindo o debate entre o que é e o que poderá ser, estabelecendo-se assim um vínculo entre o presente e o futuro, talvez inédito na história da humanidade, se tomado na amplitude em que ocorre.

Ainda no mercantilismo, a teoria econômica demonstra a necessidade de uma população numerosa e produtiva para o poder de Estado, de modo que o problema da saúde coletiva emerge como questão política. A prática médica e o conhecimento sobre as doenças, embora não alheios às epidemias, à alta mortalidade infantil e à expressão diferenciada da incidência das doenças, por exemplo, entre habitantes da cidade e do campo ou entre pobres e ricos, não tem como intervir de modo significativo sobre essas evidências.

A assistência aos doentes dava-se ainda, basicamente, nos moldes em que se configurou durante a Idade Média. Uma gama bastante variada de agentes, que vão desde os físicos, praticantes da Medicina Interna, com formação universitária, passando pelos cirurgiões ("Medicina Externa"), práticos com formação do tipo aprendiz de ofício, chegando aos curiosos, às parteiras e ao cuidado doméstico. A inserção social desses diversos "curadores" e a destinação de seus serviços acompanhavam, obviamente, a situação de classe de seus clientes, sendo que a diferenciação entre eles se dava basicamente pela valorização da base técnica do trabalho, mais intelectual para os físicos e eminentemente "manual" para os outros, acompanhando a divisão social do trabalho vigente à época. (NOGUEIRA, 1977)

Isto quer dizer que, no modo de produção feudal, em que as relações de produção eram dadas fundamentalmente pela submissão dos servos ao senhor feudal, havia uma clara distinção entre atividade intelectual e trabalho manual. No campo, trabalham os servos; nas cidades, os artesãos e os praticantes de algum ofício, os comerciantes, os serviçais. A idéia de trabalho é superposta à de atividade braçal, portanto pouco valorizada socialmente, sendo entendida a atividade intelectual como própria da nobreza, do clero e de seus agregados.

O controle que a Igreja exerce sobre a produção intelectual é marcante, e dá o sentido (exagerado, com certeza) do termo "Idade das Trevas" para a Idade Média. Esse controle é evidente sobre a superestrutura, mas a Igreja, para exercer esse poder, deve contar também com o poder da força e, nesse sentido, constitui exércitos e possui riquezas e propriedades.

Os cuidados médicos, em tal formação social, estão, como já dito, dispersos entre várias categorias de profissionais, práticos e curiosos. Entretanto, qualquer relação com o indivíduo que sofre ou com o sofrimento coletivo, como no caso das epidemias, está dominada também pela ideologia religiosa e, portanto, controlada pela Igreja, seja através de sanções ao exercício de práticas de cura, seja pela constituição mesma do saber utilizado para abordar a doença em sua expressão individual e coletiva. A doença era percebida e interpretada como uma entidade autônoma, que se expressava através do corpo, ou tendo-o como suporte, e os sinais e sintomas podiam aproximar o médico da doença, mas não constituíam a doença em si.

Além disso, dada a separação conceitual entre doença e corpo, as alterações localizadas e visíveis na superfície do corpo seriam tomadas como próprias do corpo, não se configurando como doenças localizadas e portanto, não sendo doenças, mas padecimentos do corpo. (FOUCAULT, 1977; CANGUILHEM, 1982; NOGUEIRA, 1977).

O cuidado médico no início da Idade Média não era tão fortemente influenciado pelo controle da Igreja. Já a partir do século VIII, "... *inicia-se a*

preponderância da Medicina clerical, que considerava o doente um homem que havia chegado a participar da “graça” de Deus. Cuidar do doente era, por conseguinte, uma obrigação cristã.” (GARCIA, 1989: 55). A prática médica era primordialmente uma atividade dos clérigos, que também cuidavam dos herbários e preparavam as fórmulas medicinais. A Igreja monopolizava e selecionava os textos médicos, dando-lhes a marca e a interpretação mais afinadas com seus cânones e objetivos. Também os primeiros hospitais medievais surgem junto às abadias, e se destinam tanto à tentativa de cura, como principalmente para minorar o sofrimento e garantir uma morte cristã, aproximando a alma (no corpo ainda vivo) da casa de Deus.

Após esse momento de controle mais estrito, a Igreja, sem abandonar o monopólio do saber e da prática, delega pouco a pouco a responsabilidade pelo cuidado aos físicos e tolera a expansão do cuidado realizado pelos práticos, assim como o cultivo de herbários e as formulações pelos boticários. Assim é que, em fins da Idade Média, o cuidado médico na Europa Ocidental deixa de ser preponderantemente atribuição dos clérigos e a divisão técnica e social do trabalho estabelece-se entre os seus praticantes.

Esta divisão é socialmente estruturada, preservada e reproduzida segundo a inserção social e a forma de produção dos agentes. Em uma primeira aproximação, é marcante a diferença entre os físicos e os cirurgiões. Como já exposto anteriormente, cabe aos físicos a atividade mais intelectual, já que lidam com a doença. Os cirurgiões ocupam-se das afecções mais visíveis, em geral lesões causadas externamente por acidentes, como fraturas, luxações, cortes e abscessos. Mas essa diferenciação é marcada também entre os cirurgiões e os práticos, agora não mais pelo aspecto manual do trabalho, mas pelo domínio intelectual de uma técnica, garantido pela forma de aquisição do saber.

Um terceiro recorte pode ser estabelecido pela clientela, ou melhor, pelo acesso diferenciado aos diversos agentes do cuidado médico, definido pela situação na hierarquia social daquele que busca o cuidado, ou, visto por outro lado, para quem se destina a prática de cada tipo de agente de cura.

Por último, a proximidade do saber do físico com as formulações ideológicas dominantes conferem a ele um papel supraestrutural relevante. A organização do modo de prestar cuidado médico, a divisão técnica do trabalho e a divisão social do trabalho estão fundadas nestes quatro aspectos: o saber que fundamenta a prática e a forma de utilização desse saber; a maneira de aquisição do saber; a destinação da prática; e a função mais propriamente ideológica de cada agente, no sentido da identidade do saber que utiliza com as concepções e práticas ideológicas dominantes no modo de produção feudal. Vejamos este último aspecto com maior profundidade.

O saber que orienta o físico concebe as doenças como entidades que afetam os corpos, mas não se confundem com ele. Não se discute se a doença é um fenômeno natural ou transcendental, posto que esta questão pressupõe uma separação homem/natureza ainda não colocada em toda sua radicalidade. Mais coerente com a época seria supor a doença como expiação por um comportamento moralmente inadequado. O encontro entre o médico e o doente é, deste modo, um momento no qual o médico tenta identificar, através do doente, a enfermidade. Esta se mostra, mas também se esconde, nos sinais e sintomas que o médico busca evidenciar por uma meticulosa observação. (NOGUEIRA, 1977; FOUCAULT, 1977)

O corpo, como suporte da doença, apresenta sinais e sintomas próprios dela, mas também aqueles relativos ao esforço para se livrar dela, e estes são elementos que confundem a observação. A arte do físico consiste em identificar a doença, interna e oculta pelo corpo, e decidir o momento da intervenção. Esta não pode se dar muito cedo, por mascarar a doença, nem muito tarde, quando se torna ineficaz. Assim, a ação do médico guarda, em muitos aspectos, semelhança com a Medicina hipocrática, no sentido de que deve auxiliar a natureza na restituição de um equilíbrio ao corpo. Comporta também um ritual, sempre repetido, que termina com uma preleção sobre a doença, os cuidados terapêuticos e um prognóstico.

O médico aguarda a manifestação da “crise”, para então intervir. **“A intervenção do médico na enfermidade girava em torno do conceito de crise. O médico devia observar ao enfermo e à enfermidade desde o aparecimento dos primeiros sinais para descobrir o momento em que se produziria a crise. A crise era o momento no qual, no enfermo, se enfrentavam sua natureza sã e o mal que o acometia. Nesta luta entre a natureza e a enfermidade, o médico devia observar os sinais, prognosticar a evolução e favorecer na medida do possível o triunfo da saúde e da natureza sobre a enfermidade”**. (FOUCAULT, 1977: 23-24).

A observação implica em ter informações sobre os hábitos de vida e as alterações sentidas pelo doente. Febres, dores, mudanças nas excreções, tosse seca ou com catarro, compõem um quadro que orienta para a enfermidade mas não busca sua localização. A superfície do corpo é o limite para a observação, não sendo utilizados a percussão e a ausculta, introduzidas por Aurenbergger, Corvisart e Lâennec, já no século XVIII. O local de observação e do cuidado é a residência do doente, por preservar as condições “naturais” do indivíduo, reduzindo as possíveis influências de confusão do quadro propiciadas por um ambiente estranho (no caso, o hospital, por exemplo).

A intervenção do médico fazia-se ou por uma prescrição medicamentosa, e nesse caso a formulação era preparada pelo boticário, ou por uma orientação para procedimento próprio do cirurgião ou prático (sangria, drenagem). Essa distância, que separa o físico da atividade manual, combinada com a concepção de doença como entidade pouco apreensível aos sentidos, é o que confere a seu trabalho o estatuto de intelectual, que o distancia do cirurgião e dos práticos, situando-o em um nível hierarquicamente superior, profissional e socialmente; essa distância era mantida formalmente pela relação hierárquica entre as faculdades e as corporações.

De acordo com NOGUEIRA, **“as doenças dos órgãos internos, as febres, as síndromes dolorosas, tinham causas misteriosas e mecanismos recônditos. A explicação da causação das enfermidades e de seus**

movimentos interiores levava inevitavelmente a um compromisso com o ideológico, patenteado particularmente no caso das epidemias, em que o comportamento da população constituía constante ponto de referência. Numa obra datada de 1348, o físico catalão Jacme D'Agramont perfilava-se com todos os seus contemporâneos em assegurar que a pestilência do ar é muitas vezes mandada por Deus, por causa de nossos pecados.” (NOGUEIRA, 1977. p. 11)

Uma tal identidade da concepção de enfermidade com os “males da alma” relacionava o saber do físico³ com a compreensão de fenômenos transcendentais ao corpo, revestindo seu saber e sua prática de uma função mediadora entre o humano e o divino. É neste sentido que a doença, sendo tomada como entidade que se apodera do corpo, não pode ser totalmente apreendida pelos sentidos. A elaboração da doença, ou sua identificação, só podia ser feita com base na razão e nos conhecimentos próprios à sociedade feudal, e estes eram fundamentalmente de ordem religiosa.

A formação dos físicos dava-se em universidades, instituições medievais destinadas fundamentalmente à formação e ao controle dos profissionais urbanos mais importantes por sua ligação com o ideológico: o médico e o advogado. Um como o outro, tinha obrigatoriamente que cursar longas disciplinas afetas à teologia, além daquelas próprias de suas áreas. Estas, no caso da Medicina, consistiam em “... **exposições e comentários sobre os livros de Hipócrates, Galeno, Avicena e outros autores reconhecidos pela tradição**”. (NOGUEIRA, 1977: 20). Após o curso, havia o compromisso de cumprir um ano de prática para tornar-se mestre, mas em outra cidade, para não concorrer com seus professores na disputa pela clientela. (op cit).

A crítica que posteriormente será feita à formação acadêmica dos médicos, quando do advento da Medicina de base científica, estará dirigida ao aspecto filosófico da doutrina médica ensinada nas universidades, desvinculada da ciência e da razão científica emergente em outras áreas do conhecimento.

³ Terminologia utilizada para designar o médico com formação universitária à época.

Crítica, na verdade, composta por duas vertentes: uma que apontava a impermeabilidade da academia ao saber científico; outra que, levando em conta que a ciência e o saber são elaborados em uma prática específica, constituída pela observação, comparação e experimentação, reclamavam por uma capacitação do estudante no atendimento médico e nas disciplinas científicas já durante sua formação. Crítica, em última análise, resultante da distância entre a prática médica e os problemas de saúde que começavam a interferir nas novas relações de produção e entravava o próprio desenvolvimento da razão moderna.

De acordo com SCHRAIBER (1989), ***“a importância e o poder das universidades não se limitavam à Educação, mas estendiam-se por toda a organização da prática médica pois, por congregarem os intelectuais mais notórios, estes, tendo por respaldo a autoridade de que a posse exclusiva do saber socialmente valorizado lhes proporcionava, controlavam todo o exercício da Medicina: regulamentavam diretamente a prática dos físicos, e exercendo, através da supremacia política, controle sobre as corporações de ofício, regulamentavam a prática dos cirurgiões. Às universidades, portanto, congregando os interesses dos físicos - e na defesa destes - era dada a incumbência de zelar pela manutenção da superioridade hierárquica dos físicos, e da subordinação dos cirurgiões, o que realizavam fiscalizando e normatizando suas práticas, assim reproduzindo as distinções técnicas e sociais de seus trabalhos.”***

Retenha-se, neste momento, a organização da prática médica na estrutura feudal. O avanço da racionalidade científica coloca para a Medicina a possibilidade de abordar a saúde e a doença no plano dos fenômenos naturais, seguindo o empirismo de Bacon e Locke. A mudança do modo de produção feudal para o mercantilismo exige da Medicina a mesma postura operativa e intervencionista das outras áreas do conhecimento.

É Sydenham (1624-1689) quem primeiro elabora uma teoria médica “naturalizada”, através da releitura de Hipócrates. Para ele, a doença tem sua própria natureza, e por isso deve ser classificada, como as plantas e os animais,

em classes, gêneros e espécies, seguindo o caminho aberto pela Botânica e a História Natural. As doenças agrupam-se ou se distanciam segundo similaridades ou discordâncias dos sintomas, entendidos como expressão da doença que se apresenta aos sentidos. (FOUCAULT, 1978)

“É preciso que aquele que escreve a história das doenças (...) observe com atenção os fenômenos claros e naturais das doenças. É preciso que (...) tenha o cuidado de distinguir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependam do temperamento e idade do doente”. (Sydenham, apud FOUCAULT, 1977, p 4 e 5)

Observação e anotação sistemática, comparação dos casos, agrupamentos por classificação dos sintomas e sinais, são a base do empirismo clínico proposto por Sydenham. A teoria hipocrática pode ser aproveitada para essa sistematização, mas é modulada pela ciência natural em franco desenvolvimento. Assim, retoma-se o comportamento do indivíduo e o ambiente como determinantes das doenças, mas agora reconcebidos como fenômenos naturais desprovidos de uma mediação divina. O modo de vida, a alimentação, a moradia, o ar e a água são elementos importantes na causação das doenças na teoria médica de Sydenham e abrirão caminho para a Medicina no sentido de expandir saber e prática em direção à higiene pública e privada.

Do ponto de vista da eficácia terapêutica, é fundamental que se entenda a eficácia de uma prática qualquer por referência ao contexto em que se desenvolve, no qual adquire o sentido e o significado que a sustenta socialmente. Segundo o significado atual de eficácia, a Medicina das Espécies não avança muito, mas o deslocamento feito no sentido de abordar o corpo, a vida, a saúde e a doença seguindo o método indutivo e experimental de Bacon e o mecanicismo de Descartes, é expressão de um novo caminho para a elaboração do conhecimento médico, assim como para a reorganização da prática médica.

É importante ressaltar que essa reorientação da Medicina como saber e prática aparece, como afirmado anteriormente, em um momento em que a

transição para o modo capitalista de produção ocorre de forma acelerada. Isto significa que as novas concepções e as novas formas de abordar a saúde e a doença são conflitantes com o estabelecido, isto é, não surgem de modo espontâneo, agregando pouco a pouco o conjunto dos médicos e da sociedade em torno dos novos saberes e práticas. Eles estão inscritos, de modo subordinado, na totalidade dos esforços para a superação de um status-quo representado pelas relações feudais de produção e por seus suportes supra-estruturais: as estruturas de poder, a ideologia, a cultura.

Deve-se entender esse momento, portanto, como de disputa entre correntes de pensamento, forças sociais e políticas, expressão do esforço de mudança. No plano mais geral da transformação no modo de produção dos países que lideram o desenvolvimento econômico, a acentuação do mercantilismo como teoria econômica e prática de governo exigem a centralização do poder como forma mais adequada de impulsionar o desenvolvimento das forças produtivas.

O mercantilismo, como teoria econômica, tem como ponto central a consideração de que a riqueza da nação depende de se conseguir um saldo favorável na balança comercial, armazenada em metais preciosos. Expressa-se diferentemente nos diversos países, pois Portugal e Espanha conseguem os metais diretamente das colônias; na França, Colbert defende a industrialização e a proteção contra os produtos importados, enquanto na Inglaterra defende-se uma balança de contratos internacionais, no sentido de que os contratos firmados com países estrangeiros não levem à perda de reservas em metais. De qualquer maneira, o mercantilismo supõe também um direcionamento racional da produção, seja agrícola ou industrial, assim como do comércio. É importante sobretudo a colonização, como via de extração de matéria-prima ou de estabelecimento de mercados cativos. Contar com uma população numerosa e apta para o trabalho, assim como para a colonização e as guerras de conquista é objeto de preocupação e de ações dos Estados Monárquicos no mercantilismo.

Mas as resistências para a constituição do novo modo de produção não estão apenas no plano das idéias, nem tampouco são removidos por meio do convencimento paulatino das classes sociais envolvidas.

MARX considera que o modo de produção feudal fornece duas formas de capital que amadurecem nas diferentes formações sociais, ainda na era pré-capitalista: o capital usuário e o capital mercantil. Para que se transforme em capital industrial, deve ser derrubada a organização feudal no campo e a organização corporativa na cidade.

Analisando como isso se dá na Inglaterra, aponta para o seguinte: ***“Esses entraves caíram com a dissolução das vassalagens feudais, com a expropriação e a expulsão parcial das populações rurais. As novas manufaturas instalaram-se nos portos marítimos ligados ao comércio de exportação ou em pontos do interior do país fora do controle do velho sistema urbano e da organização corporativa”.*** (MARX, 1968: 867)

Caracterizando esse momento como de acumulação primitiva entende que ***“...os meios propulsores (da acumulação) se repartem numa ordem mais ou menos cronológica por diferentes países, principalmente Espanha, Portugal, Holanda, França e Inglaterra”.*** Nesta, em fins do século XVII ***“... são coordenados através de vários sistemas: o colonial, o das dívidas públicas, o moderno regime tributário e o protecionismo. Esses métodos se baseiam em parte na violência mais brutal, como nas colônias, (mas) todos eles utilizavam o poder do estado, a força concentrada e organizada da sociedade para ativar artificialmente o processo de transformação do modo feudal de produção no modo capitalista, abreviando as etapas de transição”*** (MARX, 1968: 869).

É neste momento que se inicia a mudança representada pela teoria médica de Sydenham no conhecimento e na prática médicas. Uma nova concepção de doença, uma nova forma de elaborar o conhecimento médico, uma nova abertura para os problemas de saúde coletivos, como as epidemias. Tudo isto aponta para a necessidade e a possibilidade de se entender a prática médica

como prática social consubstancial a diversas estruturas de historicidade.

2. O Capitalismo e a Clínica: A Medicina Científica

Para o objetivo deste trabalho, e coerentemente com o método utilizado, deve-se entender que a mudança operada no sentido da constituição da Medicina das Espécies não significa apenas adequação ou adaptação da Medicina aos novos tempos, mas uma nova possibilidade de fundamentação e abrangência, dada pelo conjunto das práticas relativas a um novo modo de produção também constitutivos de uma nova realidade social, que acabam por relevar novas questões, assim como elaborar novas idéias e novos saberes. A Medicina então, como as outras práticas constitutivas de uma estrutura histórica, é atravessada pelas determinações inerentes a esse modo de produção, o que significa ter à disposição produtos das outras práticas (científicos, tecnológicos, ideológicos), assim como ter uma delimitação das suas próprias possibilidades de desenvolvimento, dada exatamente pelo sentido geral do desenvolvimento do conjunto das práticas. Significa também ter novas demandas colocadas pelo conjunto da estrutura que se modifica. Assim, se Sydenham tematiza a doença (dentro do campo propriamente médico) e o faz tratando-a como fenômeno apreensível pelas ciências naturais e seus métodos, Descartes (1596-1650), anteriormente, já pensava a natureza segundo as leis do movimento e de sua conservação. Desconstruindo a concepção aristotélica referente aos corpos vivos, segundo a qual o corpo vivo seria aquele organizado e animado, Descartes aponta que, para se apreender cientificamente o corpo, é necessário pensá-lo como máquina. Canguilhem afirma que, para Descartes, "Toda a arte, inclusive a

Medicina, é uma certa forma de construção de máquinas” (CANGUILHEM, 1977: 11). Construção aqui entendida como construção teórica, o que expressa bem o método cartesiano.

Entretanto, ainda segundo CANGUILHEM, Descartes não consegue desenvolver com toda a radicalidade do método sua teorização do corpo, pois **“... ele próprio se via obrigado a integrar, na definição do ser vivo que reivindicava como objeto da mecânica, alguns atributos positivos rebeldes a essa jurisdição”** (op cit: 111). Ao mesmo tempo em que afirma que **“quando um relógio marca as horas por meio das engrenagens de que é feito, isto é tão natural como uma árvore, nascida deste ou daquele grão, produzir estes ou aqueles frutos...”**, Descartes entende que **“cada homem pode ser seu próprio médico”**(Descartes, apud CANGUILHEM, 1977: 111)

Descartes, ao se aproximar do corpo humano, da doença e da prática médica de seu tempo, critica a ineficácia da Medicina e a ausência de um método próprio de investigação, fundamentado nas razões da mecânica cartesiana. Da vivência empírica, através da qual percebe a natureza em geral, e a do homem em particular, como capaz de se regenerar espontaneamente, retorna a Hipócrates, propondo o auto-cuidado e a utilização **dos “... mudos ensinamentos da natureza, aplicada na restauração de si próprio. A auto-conservação continua a ser, mesmo para Descartes, o principal caráter distintivo do corpo vivo”**. (CANGUILHEM, 1977: 112). Ora, auto-conservação não é uma propriedade das máquinas.

Esse grande hiato entre a necessidade de uma teoria científica do corpo, por um lado, e os fenômenos naturais que envolvem a saúde e a doença, por outro, vai ser preenchido, inicialmente, pela Medicina das Espécies e, posteriormente, por uma série de teorias médicas ou sistemas médicos, que tentam amarrar a nova racionalidade a uma prática fundada ainda na Medicina escolástica.

Do ponto de vista deste trabalho, e seguindo as linhas de investigação de vários autores (FOUCAULT, LUZ, CANGUILHEM,

DONNANGELO) sem que isso implique em aderir totalmente a seus métodos e conclusões, entendo que a prática médica utiliza-se das noções, conceitos e teorias presentes nesse momento histórico para elaborar seu conhecimento, assim como para atuar sobre seu objeto. Do mesmo modo, e no mesmo movimento, ao atualizar essas noções, conceitos e teorias e especificá-los com relação a seu objeto, gera novas noções, conceitos e teorias, que vêm a ser incorporados a outras práticas.

Essa dinâmica, tratada apenas do ponto de vista das determinações mais gerais, não chega a diferenciar a Medicina de outras práticas, no que tange a sua especificidade. Para tanto, é necessário ter em conta o objeto para o qual se dirige, pois o conceito de práticas sociais implica em considerar que as práticas se constituem em torno de objetos.

Assim, ao concebermos modo de produção como articulação entre infra-estrutura e supra-estrutura, estamos pensando na articulação de práticas sociais infra-estruturais e práticas sociais supra-estruturais. Mas, além das práticas, ***“... infra-estrutura e supra-estrutura contém como outro elemento seu, objetos materiais e não materiais envolvidos por essas práticas. O termo “envolvidos” abrange dois significados analiticamente distinguíveis: a) trata-se de objetos produzidos por tais práticas sociais; e b) trata-se de objetos determinados por tais práticas, independentemente de serem por ela produzidos ou não (por exemplo, a terra - objeto não produzido - se determinando como equivalente de capital ...)”***, (LUÍS PEREIRA, 1976: 99)

Neste sentido, pode-se perceber que, ao apontar a insuficiência da Medicina em dar conta das doenças, Descartes está reivindicando a construção de um objeto pela Medicina, mas mais do que isto, aponta para o método que deve presidir a construção deste objeto. Nesse momento, temos um método de produção de verdades que não é utilizado pela Medicina (o método cartesiano), e uma natureza bruta e inexplorada, representada pelo corpo humano e pela doença. Descartes representa a exigência posta pelo novo modo de produção, de uma nova prática médica.

Se Descartes representa a exigência, a Medicina das Espécies ou Medicina Classificatória, expressa pela teoria médica de Sydenham, constitui o primeiro passo no sentido da construção do novo objeto pelo novo método. Mas, note-se que, à mesma época, outro médico inglês, também economista e segundo ROSEN **“cientista e produtor de projetos sociais”**, Willian Petty (1623-1687) **“... personifica a combinação de utilitarismo, comercialismo e filosofia experimental que caracterizou a abordagem dos problemas sociais, econômicos e sanitários...”** do mercantilismo inglês (ROSEN, 1979: 216).

Petty é considerado um pioneiro na utilização do método quantitativo no estudo dos fenômenos sociais, ao qual dava o nome de “aritmética política”. De acordo com Petty, seu método consiste em buscar a expressão numérica do fenômeno analisado, atribuindo-lhe peso ou medida como valor mensurável; em só utilizar argumentos que tenham sentido, o que significa só serem consideradas causas que tenham fundamentos visíveis na natureza (ROSEN, op cit).

Dentre os estudos e projetos de Petty, vários versaram sobre a manutenção da saúde da população como objetivo de Estado e, nesse sentido, Petty também afirma a necessidade do avanço do conhecimento médico ser fortemente fomentado pelos governantes. A ampliação do número de hospitais, para maior acesso da população, para melhor treinamento dos estudantes de Medicina e para o avanço da pesquisa médica, é repetidamente sugerida por ele.

A criação de um conselho de saúde em Londres, por exemplo, é proposta com o intuito de cuidar **“... da peste, de doenças agudas e epidêmicas (...) de todos os tipos de hospital e de parturientes”** (Petty, apud ROSEN, op cit p. 218). Além disso, diminuir a mortalidade infantil, estudar a doença e a mortalidade nos diferentes grupos populacionais e entre as diferentes profissões e planejar o número adequado de médicos seriam também tarefas do Estado.

Descartes, Sydenham, Petty. Uma nova razão e um novo método; novas teorias médicas, novas proposições referentes aos problemas de saúde do conjunto da população. Mas como já apontado, para o materialismo histórico, não

há prática sem objeto, e a escolha deste momento histórico para se averiguar a reestruturação da Medicina decorre do fato de, nesse contexto, estarem sendo constituídos, simultaneamente, seu novo objeto e a maneira de apreendê-lo para a prática. Isto é, não é porque Descartes pensou, Sydenham criou e Petty propôs, que uma nova prática médica se constitui. Ao contrário, esses notáveis são a expressão de um movimento mais geral que os constitui como sujeitos da história, assim como às práticas suas contemporâneas.

Deste modo, toda prática social está dirigida para uma finalidade, e seu produto deve satisfazer um carecimento, uma necessidade. Não se deve supor que o sentido de necessidade aqui expresso se refira a alguma sensação subjetiva de indivíduos ou a fenômenos naturais, mesmo biológicos, ocorrendo em seres humanos. Trata-se de conceber o carecimento e a necessidade de satisfazê-lo como fenômenos humanos, portanto históricos, que se modificam historicamente, e também sociais, posto que se expressam, nas distintas formações sociais, de modo próprio e característico a essa formação social. Além disto, neste momento não cabe ainda fazer distinção entre carecimentos individuais e a expressão coletiva do conjunto dos carecimentos, tampouco entre necessidades materiais e não materiais.

Ao se pensar, então, na dinâmica das práticas sociais, devemos entendê-las como relativas a objetos, isto é, carecimentos, necessidades, demandas que, recortadas da realidade em que existem, isto é, objetivadas para a prática, tornam-se suporte do processo que as transformará em produtos, de acordo com uma finalidade. O recorte do objeto, a sua apreensão como elemento a ser processado, é necessariamente realizado por um agente, cuja relação com o objeto é primordialmente uma forma de trabalho. Daí, pode-se depreender quais as categorias fundamentais para a análise das práticas sociais: os objetos das práticas, sua forma de apreensão, os agentes das práticas, os processos, as formas de trabalho necessárias às práticas, as finalidades, as relações que as práticas estabelecem entre si na constituição de uma dada estrutura, as relações dos agentes sociais entre si e com os objetos das práticas.

Pode-se agora entender melhor o conceito de prática no materialismo histórico. De modo didático, podemos pensar as relações “externas” da prática com outras práticas, e as relações “internas”, que constituem sua especificidade, desde que se entenda essa separação como artifício destinado a uma maior inteligibilidade, não existindo na realidade. Seguindo uma tipologia sugerida por AROUCA (1975), teríamos, de acordo com a especificidade, o seguinte conjunto de práticas, entre outras:

“1) Prática (em sentido geral): Todo processo de transformação de uma matéria prima dada em um produto determinado, transformação efetuada por um determinado trabalho humano, utilizando meios determinados de produção.”⁴

2) Prática técnica: transformação de matérias primas extraídas da natureza — ou produzidas por uma técnica prévia — em produtos técnicos, por meio de determinados instrumentos de produção.

3) Prática política: Transformação de relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos.

4) Prática ideológica: Transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por meio de uma reflexão da consciência sobre si mesma.

5) Prática teórica: Transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado”. (AROUCA, 1975: 73)

O elemento nuclear da prática é o trabalho em torno do qual se constitui, existindo uma simetria entre os elementos da prática e os do trabalho. Isto porque o movimento de estruturação da prática e do trabalho nela contido é simultâneo, mas note-se que vários trabalhos diferentes, articulados entre si e dispostos de modo adequado, são necessários para a conformação da prática. Assim, para a prática médica, são necessários o médico e seu trabalho, e todos

⁴ Neste caso, o conceito de matéria prima está ampliado para além dos elementos naturais, materiais, abrangendo fenômenos sociais presentes em uma dada realidade, que vão ser apreendidos por uma dada prática

os trabalhos dos outros agentes. Na Medicina atual, o corpo de enfermagem, os técnicos, os gerentes e administradores, etc. Na época em que estamos analisando a constituição da Medicina das Espécies, o físico, os cirurgiões, o boticário, os práticos, etc. Note-se também que há uma hierarquia entre os trabalhos, sendo que os de cunho mais intelectual, ou que demandem um saber mais elaborado, prevalecem sobre os outros, organizando-os de modo a facilitar e potencializar sua ação. Assim, ao se estabelecer uma divisão técnica do trabalho, reproduz-se no interior de cada prática a divisão social do trabalho e portanto a estrutura de classes da sociedade.

No advento da Medicina das Espécies, estando a prática distribuída entre vários agentes, mas nuclearmente organizada em torno do físico, prevalece a construção do objeto que orienta a ação do físico. Vale dizer que, sendo a atividade do cirurgião e sua formação eminentemente técnica, não há conflito entre os agentes, no aspecto da apreensão do objeto para a prática. As diferenças vão estar presentes na manipulação do objeto, o físico utilizando-se de um sistema intelectual que busca primordialmente o estabelecimento de um prognóstico, sendo que o cirurgião manipula o corpo através de instrumentos materiais, como pensos, suturas, drenos, etc, "consertando a lesão". (NOGUEIRA, op cit, 1977)

Há, na verdade, uma autonomia relativa do cirurgião, pois ele pode atuar imediatamente sobre o problema, sem a mediação do físico, em várias situações. Esta autonomia profissional é a base da organização dos cirurgiões em corporações profissionais, diferentes das dos médicos, embora submetidas a elas.

O que interessa ressaltar, neste momento, é que, desvalorizada profissionalmente durante todo o período feudal, pela característica material, técnica e intervencionista de seus instrumentos, a cirurgia passa a ser valorizada, no mercantilismo, exatamente por esse aspecto, além da eficácia. A expansão da prática cirúrgica e o aprimoramento da técnica são muito influenciadas pelo

colonialismo e pelas guerras, sendo importante a constituição de um amplo corpo de cirurgiões militares.

Por outro lado, ao se desligar pouco a pouco das concepções mediadas pela Igreja e reproduzidas nas Faculdades, da doença como entidade inapreensível aos sentidos, a Medicina dos físicos, mesmo ao conceber a doença como fenômeno natural, carece dos instrumentos de intervenção que possam, atuando sobre o objeto, gerar o produto socialmente necessário.

E o que emerge como socialmente necessário é o controle da salubridade, como se lê em Petty. Controle que pressupõe dados extensivos sobre a ocorrência de epidemias, desde as características do ambiente, como a água, destino dos dejetos, clima, assim como a descrição do quadro da enfermidade, avaliado caso a caso, anotando-se os sinais e sintomas para posterior comparação. A aritmética política de Petty, aplicada aos problemas de saúde, configura o esboço inicial da epidemiologia e de sua utilização como base da ação governamental, e de outras que constituirão o campo da higiene pública.

É por essa "démarche" que a Medicina se move, construindo um novo espaço de aplicações teóricas e uma nova relação com o Estado absolutista e a estrutura de produção. Não se trata da ocupação de um espaço teórico e de um lugar na estrutura de governo previamente existentes, aguardando e reclamando a presença da Medicina. Trata-se do movimento global de estruturação da sociedade em que a Medicina está imersa, movimento que recria as práticas e institui outras.

Para FOUCAULT (1977), ***"a Medicina das epidemias se opõe a uma Medicina das Classes⁵ como a percepção coletiva de um fenômeno global, mas único e nunca repetido, pode se opor à percepção individual daquilo que uma essência pode constantemente revelar de si mesma e de sua identidade na multiplicidade dos fenômenos"***. Basicamente, a "Medicina das epidemias" busca uma ou várias causas eficientes para a ocorrência do fenômeno, apreensíveis por meio do cruzamento de dados objetivos

⁵ Também conhecida como Medicina das Espécies

(quantificáveis), enquanto a Medicina das Classes procura o enquadramento de uma espécie mórbida no corpo individual, através de uma hierarquização estabelecida por analogias com as espécies mórbidas fixadas. A primeira pressupõe a abertura da racionalidade médica para o espaço ilimitado de **“... uma informação constante, e constantemente revisada, em que se trata mais de totalizar os acontecimentos e sua determinação, do que fechar o saber em uma forma sistemática”** (op cit p.31)

Também para FOUCAULT (1977), o que está em jogo é uma nova espacialização da doença, da experiência médica e do controle médico das estruturas sociais. Neste momento, **“... (no final das contas), a patologia das epidemias e a das espécies se encontram diante das mesmas exigências: a definição de um estatuto político da Medicina e a constituição, ao nível de um estado, de uma consciência médica, encarregada de uma tarefa constante de informação, controle e coação; exigências que compreendem objetos tanto relativos à polícia, quanto propriamente da competência da Medicina”**. (op cit p.31)

Na França, para a consecução desses objetivos e como resposta a essas exigências, cria-se por decreto, em 1776 uma comissão em Versalhes, com triplo papel: 1- investigação sobre os movimentos epidêmicos; 2- elaboração, através da comparação e registro das medicações empregadas, organizando experiências; 3- controle e prescrição, indicando aos médicos os métodos que pareçam mais adaptados. Essa comissão é composta por oito médicos e dada essa composição e suas atribuições, estabelece-se imediatamente um conflito com a Faculdade de Medicina. Isto porque é evidente que a comissão retira da Faculdade antigas prerrogativas, estabelecendo de uma só penada o controle das instâncias políticas sobre o exercício da Medicina, e o controle de um corpo médico privilegiado, mas organizado fora da Faculdade, sobre o conjunto dos médicos.

Embrião da futura Sociedade Real de Medicina, o conselho é a concretização, no âmbito da prática médica, do desmonte da antiga estrutura

corporativa, suprimida paulatinamente desde o século XVI para as profissões em geral, mas ainda estável para as profissões que constituiriam a prática médica unificada.

Já após a Revolução, em 1779 o Comitê de Finanças da Assembléia Nacional ratifica a criação da Sociedade, que teria como objetivos: “... **vincular a Medicina francesa com a Medicina estrangeira...; recolher as observações esparsas, conservá-las e compará-las; procurar, sobretudo, as causas das doenças populares, calcular sua reincidência, constatar os remédios mais eficazes**” (FOUCAULT, 1977: 30)

Neste momento, a Sociedade, já amplia as atribuições do conselho e no entendimento de Foucault, “**não agrupa mais apenas os médicos que se consagram ao estudo dos fenômenos patológicos coletivos; tornou-se o órgão oficial de uma consciência coletiva dos fenômenos patológicos; consciência que se manifesta, tanto ao nível da experiência como ao nível do saber, tanto de forma cosmopolita quanto no espaço da nação.**” (op cit p.31).

Essa “démarche” da Medicina, esse contorno que passa pela chamada Medicina das epidemias de Foucault, rearticulando a prática médica na estrutura social, carecia ainda de “**um modelo novo, coerente e unitário para a formação dos objetos, das percepções e dos conceitos médicos. (...) O olhar do médico, cujos poderes começam a ser reconhecidos, ainda não recebeu, no saber clínico, suas novas condições de exercício; ele é apenas um segmento da dialética do Iluminismo transportado para o olho do médico**”. (op cit p.57).

Tal modelo unitário vai ser elaborado pela nova forma de experiência clínica, e seu espaço privilegiado de desenvolvimento é o hospital. No entanto, a impregnação da racionalidade médica pelo esquema aberto de elaboração próprio da racionalidade científica moderna, como vimos, dependeu da rearticulação da Medicina na nova estrutura de historicidade, onde as corporações são dissolvidas para que se liberem as forças produtivas, e onde a

transformação da racionalidade médica antiga vai ocorrer com a velocidade e intensidade próprias da sociedade capitalista industrial.

Na construção do modelo, algumas linhas de representação da doença, constituídas pelos sistemas médicos ou teorias médicas, a que já nos referimos, vão se cruzar e dialogar, dando consistência teórica e experimental ao esforço de apreensão do fenômeno patológico, através da investigação das causas, dos efeitos no organismo, dos resultados da intervenção, de sua expressão aos sentidos, ampliados cada vez mais por instrumentos de diversos tipos. Este é o esforço de objetivação da doença (e da saúde?), do qual emerge um novo objeto, posto para uma nova prática.

Trata-se agora de conhecer para agir e não mais classificar, esperar e auxiliar, se possível, as "forças da natureza". Como afirma um dos grandes sistemistas, BROWN (1735-1788), "***não podemos permanecer na inação. Não devemos confiar nas forças da natureza***". (apud CANGUILHEM, 1977: 49). E também, se concordarmos com Canguilhem, "***para agir, é preciso ao menos localizar***" (CANGUILHEM, 1982: 19).

Duas grandes linhas de representação da doença, presentes até hoje no fundo da racionalidade médica, são as que Canguilhem denomina de concepção ontológica, e concepção dinâmica. Veja-se que ambas também estão na base da representação leiga de doença, demonstrando, ao menos provisoriamente, a inexistência de um limite claro e definido das representações de leigos e cientistas, tomando como referência um objeto da investigação científica.

Assim, seriam concepções ontológicas aquelas que pensam, falam sobre a doença, como se esta fosse uma entidade externa, que entra no organismo, produzindo efeitos indesejáveis, mas que do mesmo modo como entra, pode ser expulsa, erradicada, removida, restituindo a "normalidade", a saúde.

As concepções dinâmicas seriam aquelas que pensam a doença como um estado do organismo, um estado modificado com relação ao momento

anterior à doença, um desequilíbrio das funções orgânicas entre si, ou do organismo como um todo em relação ao meio.

Correlatas às duas concepções, delimitadas por elas, mas não se superpondo a elas nem sendo subsidiárias, temos as representações sobre localização da doença. Ou seja, se a doença pressupõe uma alteração global do organismo, resta saber se essa alteração é uma irradiação da doença, a partir de um foco primário, um órgão inicialmente lesado, ou se a lesão do órgão significa uma localização posterior de uma doença já instalada, que já alterou de algum modo a totalidade orgânica.

Uma outra questão, que caracteriza um plano diferenciado sobre o qual se move a racionalidade médica, é a da definição dos conceitos de saúde e doença.

No espaço teórico, ora delimitado, ora expandido pela combinação ou preponderância dessas linhas de reflexão, vai se desenvolver o que se chamou aqui de experiência clínica, que aos poucos constrói o ambiente da prática, ao mesmo tempo pedagógico e de investigação, receptora dos frutos teóricos, mas principalmente atividade criadora de alternativas metodológicas e de elementos para a reflexão.

Com o intuito de estabelecer um "momento inaugural" para a discussão do advento da Clínica como novo modo de produção de saberes para a prática médica, FOUCAULT (1977) opta por situá-lo em fins do século XVII, quando La Boe, em 1658, estabelece em Leyden uma certa quantidade de leitos destinados ao ensino dos estudantes de Medicina. Nesses leitos são internados os "casos mais interessantes" para o aprendizado, e a autópsia detalhada daqueles que evoluem para óbito prolonga a observação para a sala de anatomia. Esse "momento inaugural" tem um tanto de arbitrariedade, uma vez que o ensino em hospital não começa com La Boe, tampouco a autópsia. Mas a organização de um esquema de trabalho, recortado da rotina do hospital e voltado especificamente para o ensino e a pesquisa, que posteriormente vai ser exemplo

rapidamente adotado por toda a Europa, é o que confere originalidade a La Boe e fama a seu discípulo mais famoso, Boerhaave.

Originalidade que pode ser percebida se, inicialmente, atentarmos para sua especificidade com relação ao trabalho do físico e à forma de ensino prevalentes em sua época. Sendo o hospital local de quase abandono de inválidos e doentes de todos os tipos, voltado basicamente para receber alguém que na doença não podia contar com qualquer auxílio, a definição de leitos para o ensino institui uma seleção de casos, ou seja, de doenças, e não mais de doentes, em última análise. Assim, nas clínicas admitem-se doenças, cujo portador é secundarizado pelo objetivo da seleção: ensinar e pesquisar.

Além disto, à época, os hospitais contavam com um corpo de médicos bastante reduzido, em parte pela natureza da função do hospital, em parte porque o trabalho do físico era prioritariamente domiciliar, como já afirmado anteriormente. O hospital “desnaturava” a doença, confundindo a observação. A criação de clínicas, tanto nos hospitais como fora deles, por iniciativa de médicos, às vezes às suas próprias expensas, transgride a ordem vigente da relação professor-aluno, simétrica à de mestre-aprendiz, na qual os professores cobravam do aluno o seu tutoramento. Com as clínicas, um único professor poderia ensinar vários alunos, o que evidentemente gera reações da parte dos professores e das faculdades, que se sentem prejudicados. Há aqui uma similaridade não casual com o desenvolvimento da manufatura em outras áreas da produção.

Em terceiro lugar, como aponta Foucault, esta primeira forma de organização da experiência clínica, à qual denomina “**protoclínica**”, não é ainda um instrumento para se descobrir novas verdades, mas apenas “... **uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida...**”, uma espécie de “**teatro nosológico**” no qual o aluno desconhece o desfecho. (FOUCAULT, 1977: 66).

Constitui-se, assim, em uma experiência pedagógica, ainda não no caminho do experimentalismo, mas experiência que traz o aspecto de

comprovação. Entretanto, admite o risco do desenlace imprevisto, e assim vai sempre do conhecimento para o desconhecimento, do saber à ignorância.

Em quarto lugar, a familiaridade adquirida com o método analítico numérico através do estudo das epidemias permite aos médicos abordar os fatos patológicos evidenciados pela experiência clínica como fenômenos registráveis para comparação e tratamento estatístico. Por outro lado, o grau de incerteza da evolução dos casos é também passível de tratamento matemático, através do conceito de séries aleatórias. O prognóstico, fundamento da atuação do médico, vai deixando o campo especulativo para ingressar no campo estruturado do cálculo probabilístico. (FOUCAULT, op cit)

Por último, ao se aproximar do trabalho dos cirurgiões e da sala de anatomia, o físico amplia seu campo de observação, pois passa a ver a lesão produzida pela doença (ou seu desencadeante), nas cirurgias e nas autópsias.

Nessa incidência, para o interior do corpo doente, surge para a Medicina uma unidade funcional, a menor parte do ser vivo a ser tomada como elementar para a vida, e portanto, se lesada, suficiente para a doença: o órgão. Movimentando-se conceitualmente já dentro do campo da filosofia natural, a Clínica decompõe o corpo em órgãos e o apreende como organismo, partes em relação, máquina animada, no que se vincula finalmente ao modo de apreensão de objetos do método científico. Assim como a Física que se estrutura em torno da decomposição de continuidades, como o tempo, o espaço e o movimento, e a Química em torno da decomposição da matéria em seus componentes elementares, a Biologia e a Medicina rompem com a idéia de continuidade, buscando os elementos indivisíveis dos seres vivos. Esses elementos são, neste momento, os órgãos, pois embora o órgão seja divisível em partes menores, perde-se com isso a unidade na função do órgão.

Mas, imediatamente à decomposição, é necessária a síntese, o entendimento do funcionamento global do organismo a partir das funções parcelares. O que é que "junta" as funções, o que é que anima a máquina, o que é que mantém o organismo vivo? Harvey (1578-1657), anatomista, já havia descrito

(1628) a circulação a partir de imagens emprestadas à hidráulica, como a bomba cardíaca, as válvulas, os vasos, etc., dando um sentido dinâmico à anatomia e um substrato anatômico para a idéia de função. (CANGUILHEM, 1977)

Harvey dá novo fundamento à fisiologia, ciência do normal, da descrição do funcionamento normal do organismo. Mas ele e outros grandes anátomo-fisiologistas (Haller, Malpighi) estão apenas descrevendo o que vêem e tentando estabelecer a relação dinâmica das partes com o todo, em um plano anatômico.

Discípulo de Boerhaave, Morgagni (1682-1771) através da observação sistemática, vai correlacionar as lesões anatômicas com os sinais e sintomas prévios à morte, abrindo um novo campo de desenvolvimento da Clínica, a anátomo-clínica. Sua publicação mais famosa traz já, no título, o plano de trabalho da Clínica: "De sedibus et causis morbarum" (Localização e causa das doenças, 1761). Morgagni tematiza a doença, buscando sua localização e causa. (op cit)

Pouco antes, Stahl (1660-1734), refutando teoricamente a possibilidade de se compreender a vida em sua totalidade pela via mecanicista, formula a concepção de que, embora as unidades elementares da conformação do organismo sejam os órgãos, as funções dos órgãos e sua unidade funcional no organismo dependem da alma, causa única dos fenômenos vitais . Para o stahlianismo, **"a alma é o princípio de vida que defende a integridade dos órgãos contra a dissociação e a corrupção de seus constituintes químicos"**. (CANGUILHEM, 1977: 48)

Mas como falar da alma, se o que se busca é o método experimental no estudo da biologia do corpo humano? Como desenvolver o conceito médico de saúde, se o que se procura é a doença? No nível do saber, a Medicina, ao aplicar o método científico na construção de seu objeto, e ao se debruçar sobre o corpo doente na busca das causas e localização, vai relegar a definição de saúde, assim como a especificidade do fenômeno vital, ao plano metafísico. (LUZ, 1988: 86), Neste sentido, logo em seguida a Stahl, Hoffman (1660-1742), também

adepto da teoria organicista, vai defender a idéia de que a doença depende de uma alteração do sistema nervoso, inaugurando a era das teorias excitatórias, caudatárias do magnetismo e do Galvanismo. É evidente o enquadramento da “função reguladora” da alma, de Stahl, em um sistema orgânico superior, com função integradora. Para Hoffman, o sistema nervoso, comandado pelo cérebro.

É evidente, também, como descobertas da física e da química trazem subsídios para os teóricos e cientistas médicos, entre os quais se inclui o próprio Galvani. Acompanhando o desenvolvimento da física experimental e da química, elaboram-se teorias sobre as funções vitais e o adoecimento, que terá sua primeira expressão importante com o sistema médico de Brown (1735-1788), médico escocês.

Contraopondo-se às teorias vitalistas, que concebiam o organismo como dotado de uma força vital, máxima ao nascimento, diminuindo com o correr da vida e com as doenças, BROWN considera que **“... a vida é um estado forçado; que os seres vivos tendem a cada instante para a destruição; que estes seres só a custo se mantêm durante um tempo reduzido e com o auxílio de potências exteriores, e que acabam por morrer, sucumbindo a uma necessidade fatal”**. (Brown, apud CANGUILHEM, 1977: 47). Sua doutrina, segundo ele mesmo, estabelecia que nós (o corpo, o organismo), nada somos, estando **“... totalmente subordinados às potências externas”** (op cit)

Brown radicalizava o conceito de Cullen (1712-1790), de que o sistema nervoso seria a própria fonte da vitalidade, sendo o cérebro suscetível à excitação e ao colapso. Para Cullen **“... a vida, sendo corporal, consiste na excitação do sistema nervoso e, especialmente, do cérebro, que une as diferentes partes, formando um todo”** (Cullen, 1785, apud CANGUILHEM, 1977: 44). Cullen pensava também em termos de fluidos nervosos como mediadores do impulso nervoso. Estamos de volta ao mecanicismo, mas agora animado por forças, potências, aparentemente similares à eletricidade e ao magnetismo, forças já conhecidas, mas cuja natureza e propriedades começavam a ser melhor definidas. Para Hoffman e Cullen, forças presentes no organismo e

suas constituintes. Para Brown, geradas pelo contato com forças externas, resultantes da capacidade excitatória do sistema nervoso.

Essas teorias sugerem os motivos pelos quais Galvani estimulou os músculos de uma rã obtendo a contração, em 1790. Volta, em 1800, demonstra que a eletricidade pode ser gerada por ligações especiais entre metais diferentes; ora, Galvani utilizou um arco com zinco, de um lado e cobre do outro. A força que desencadeou a contração está na rã ou na ligação dos metais?

Para Brown, o médico frente à doença deveria definir se esta decorre da estimulação excessiva ou da falta de estimulação, atuando no sentido de se contrapor ao fenômeno preponderante. Como vimos, a necessidade de intervenção (***“não podemos ficar na inacção”***) em Brown é o motor da teoria. Estimular ou debilitar, assim se resume a terapêutica de Brown.

Mas na França, onde a anátomo-clínica e a experiência da clínica nos hospitais se desenvolve com maior vigor, as simplificações de Brown não são aceitas. Em parte por negar a “força vital”, tão cara ao vitalismo das correntes francesas; em parte, também, porque negava qualquer importância aos sintomas e à correlação anátomo-clínica.

E é da continuidade do programa de investigação da clínica que surge uma nova forma de espacializar a doença no corpo. Não mais localizá-la em órgãos, tomando-os em sua estrutura alterada, mas definir a lesão em suas formas comuns a qualquer órgão. ***“Poder-se-á um dia provar que quase todas as formas de lesão podem existir em todas as partes do corpo humano e que só apresentam ligeiras modificações em cada uma delas”*** (Laënnec, apud FOUCAULT, 1977: 151)

A nova espacialização é possível a partir dos estudos de Bichat (1771-1802): *Traité des membranes*, 1800; *Rechères physiologiques sur la vie et la mort*, 1800; *Anatomie general*, 1801. ***“A química possui corpos simples que formam corpos compostos pelas diversas combinações de que são suscetíveis. Da mesma forma, a anatomia tem tecidos que (...) por combinações formam os órgãos”***. (Bichat, apud FOUCAULT, op cit p.150)

O impacto da anatomia de Bichat é óbvio: desaparecem as “classes” de doenças da clínica, substituída por uma nosologia, em que a lesão aparece como sede da doença, seu momento inaugural, da qual se irradia (a doença) e se ramifica (a lesão). A relação causal lesão-doença desaparece. Localizar a doença não significa mais determinar sua causa, mas apenas “... ***fixar um ponto de partida espacial e temporal..... Não causa última, mas foco primitivo***”. (op cit p.160)

Para acoplar a leitura dos sintomas e seu seguimento temporal, função da clínica, com a lesão redefinida pela anatomia de Bichat, Laënnec (neste aspecto Laënnec é seguidor de Aurenbrugger e Corvirsart) propõe sua correlação durante o exame do doente, fazendo uso da palpação, percussão e ausculta, isto é, tentando tornar as alterações perceptíveis em vida, aprofundando o exame do corpo. Laënnec vai mais além, ao buscar os padrões elementares das lesões teciduais: solução de continuidade (feridas, fraturas) mobilização anormal dos componentes líquidos dos tecidos (acúmulo, extravasamento), inflamação, surgimento de tecido inexistente. (p/ex., tumores sólidos). Isto quer dizer que, além de sintomas, a clínica vai produzir sinais, signos do que já se sabe estar submerso no corpo, invisível mas sensível. (Foucault, op cit)

Aqui já se percebe uma postura diferente do médico, no sentido de manipular o paciente para o diagnóstico, no que se aproxima do modo de trabalho do cirurgião, mas com outro objetivo. Além disso, a anátomo-clínica trabalha já com uma certa distância da problemática do “porque” da doença, sua causa última, desvendando, pelo método, “como” ela se desenvolve no organismo. No entanto, apesar de avançar na instrumentação do exame físico, permanece tímida no uso de novas técnicas de investigação do fenômeno patológico. Bichat, por exemplo, não vê qualquer sentido no uso da microscopia na anatomia patológica. ***“Quando se olha na obscuridade, cada um vê a seu modo”*** (Bichat, citado por FOUCAULT, op cit)

E mesmo após os trabalhos de Lavoisier (1743-1744), sobre o calor animal e a respiração, e os grandes avanços da química na análise de

substâncias e materiais complexos, a anátomo-clínica francesa permanece nos limites da descrição do visível, ou do palpável, para a elaboração teórica dos fenômenos patológicos. De acordo com alguns autores (Lopez Piñero, Entralgo) isto se deve ao fato de que, na França, a investigação experimental nas áreas de biologia, química e fisiologia ocorresse em instituições desvinculadas formalmente da prática clínica, o que me parece ser uma simplificação da questão, se analisada mais detidamente.

O fato é que se procedeu a uma separação do próprio campo de reflexão da anátomo-clínica, ao se distinguir as doenças em orgânicas (que apresentam um substrato anatômico - uma lesão tecidual) e "não-orgânicas", isto é, sem lesão anatômica: as "febres" e as "doenças nervosas". Sem estudar a função orgânica, a anátomo-clínica especulava sobre ela, baseada na estrutura e nas relações dos órgãos, por meio da anatomia e dos sintomas.

Broussais (1772-1838), recuperando em outras bases a teoria excitatória de Brown, propõe um modelo explicativo do fenômeno patológico que, apoiado também nas conclusões de Bichat e nos avanços da anátomo-clínica, recoloca a função orgânica no centro da explicação patológica. Para ele, a febre e a inflamação decorrem do processo patológico e, rearticulando os termos da equação [sintoma particular - lesão local] versus [sintoma geral - alteração de conjunto] pensa que alterações gerais podem produzir sintomas específicos e determinar uma localização da lesão, assim como uma lesão localizável pode desencadear sintomas e alterações gerais.

Ora, isto só é possível se o processo patológico for algo mais do que a alteração visível na textura do tecido, se o que se modifica, antes e depois da lesão tecidual, for alguma coisa não esgotável pela forma de apreensão da anátomo-clínica. Daí decorre que os sintomas possam ser referentes a estágios de alteração funcional iniciais, no que a sintomatologia ganha nova importância na descrição e identificação da doença.

Assim, para Broussais, é necessário observar a vida, ***"... não a vida abstrata, mas a vida dos órgãos e nos órgãos, em relação com todos os***

agentes que podem exercer alguma influência sobre eles. Estudar os órgãos alterados sem fazer menção dos sintomas das doenças é fazer como se se considerasse o estômago independente da digestão". E também "... a função e as simpatias de todos os órgãos estão longe de ser perfeitamente conhecidas". (Broussais, citado por FOUCAULT, 1977: 215)

Broussais, como Brown, define a excitabilidade dos tecidos e sua excitação como suporte do "fato vital".

Canguilhem resume a teoria de Broussais nos seguintes termos: *"O homem só existe pela excitação exercida sobre seus órgãos pelos meios nos quais é obrigado a viver. As superfícies de relação, tanto internas como externas, transmitem, por sua inervação, essa excitação ao cérebro que a reflete em todos os tecidos, inclusive nas superfícies de relação. Essas superfícies estão sujeitas a dois tipos de excitação: os corpos estranhos e a influência do cérebro. É sob a ação contínua dessas múltiplas fontes de excitação que a vida se mantém". (CANGUILHEM, 1982: 33)*

Se a vida é gerada e mantida pela excitação dos tecidos, a doença decorre de uma variação da excitação, a irritação, agindo sobre a propriedade tecidual da irritabilidade. Fenômenos análogos, excitação e irritação diferem na quantidade, e não na qualidade, isto é, a irritação promove uma atividade do mesmo tipo da atividade normal dos órgãos, apenas mais intensa. Apesar da similaridade com a teoria excitatória de Brown, há diferenças básicas, que levam a uma percepção diversa do fenômeno patológico.

Em primeiro lugar, a "diátese estênica" (excesso de excitação) e a diátese astênica"(falta de excitação) de Brown são fenômenos gerais. Para Broussais, a irritação é um fenômeno localizável sintomaticamente, ocorrendo em um tecido específico e comportando uma alteração de função inicial e prévia à lesão local. Admitindo também a natureza fisiológica das faculdades intelectuais, Broussais enfeixa com sua teoria tudo o que se pode considerar "doença", dissociadas até então, inclusive por Bichat e Laënnec, em doenças orgânicas, febres, doenças nervosas e doenças mentais. Dissociadas, é claro, no sentido de

não serem passíveis de apreensão pelo método anátomo-clínico, que necessitava da lesão tecidual como critério diagnóstico. (CANGUILHEM, 1982: 34 e FOUCAULT, 1977: 216)

O mais importante, entretanto, é que, ao se aceitar como verdadeira a hipótese de que a doença é caracterizada pela relação dos tecidos entre si e com "agentes internos e externos", e principalmente, que o fenômeno patológico difere do normal apenas em intensidade, faz-se coincidir o espaço da doença com o espaço do corpo, ao mesmo tempo em que, para a fisiopatologia, desaparece a diferença qualitativa entre os fenômenos orgânicos relativos ao estado de saúde e aqueles relativos à doença.

A circunscrição da doença ao corpo e seu entendimento como processo que envolve alterações primárias ou secundárias nas funções e nas estruturas orgânicas é a base da racionalidade científica moderna na Medicina, constituindo-se em um paradigma⁶ que norteará todo o desenvolvimento científico e a fundamentação da prática desde então. No plano científico, uma vez que o fenômeno patológico é percebido como alteração de função, e que esta alteração ocorre como mudança de um padrão normal, mas sendo da mesma natureza - em outras palavras, regido pelas mesmas leis - , resta estudar as funções orgânicas segundo sua natureza e descobrir as leis que regem esses fenômenos.

3- O Saber e a Prática Médica

A racionalidade médica está pronta agora para receber e aplicar os frutos da pesquisa experimental. Estabelecer a variabilidade do fenômeno normal equivale a apreender o conceito de saúde por meio da norma biológica, analisada experimentalmente. A rigor, o que de fato se estabelece é uma separação mais nítida entre o objeto do saber - aquilo sobre o que vai se debruçar a ciência - e o

⁶ O termo paradigma, introduzido por Thomas Khun como categoria de análise na História das Ciências, é utilizado aqui no sentido de uma forma-padrão de racionalidade que preside toda uma etapa do desenvolvimento científico em uma determinada área do conhecimento

objeto da prática médica, aquilo sobre o que o médico exerce o seu trabalho. Neste aspecto, a prática vai constituir seu objeto cada vez mais na dependência dos avanços da ciência, adquirindo progressivamente a característica de prática técnica, cientificamente balizada.

A expressão maior da pesquisa experimental, nesse momento, vai ser Claude Bernard (1813-1878) que, estudando a glicogênese, demonstra que o organismo é capaz de sintetizar seu próprio açúcar, sendo a glicemia um fenômeno normal, se situada entre valores limítrofes àqueles a partir dos quais surge uma alteração, também funcional, que pode definir um sintoma: poliúria, polidipsia, glicosúria. Para demonstrar a identidade dos fenômenos patológicos com os normais, Claude Bernard aponta para a presença desses sintomas em indivíduos normais, sendo anormal no doente somente sua intensidade e frequência.

Mas o grande avanço do método experimental de Claude Bernard só é possível pela noção de que os fenômenos que ocorrem no organismo são de natureza físico-química (ou energético-material), devendo ser estudados a partir dessa característica. Além disso, **“... as manifestações físico-químicas não mudam de natureza, conforme ocorram dentro ou fora do organismo, e ainda segundo o estado de saúde e de doença. Há apenas uma espécie de agente calorífico; o fato de ser gerado numa lareira ou num organismo não faz com que seja menos idêntico a si mesmo.”** (Claude Bernard, apud CANGUILHEM, 1982: 49)

A concepção de Claude Bernard sobre as relações saúde/doença e status orgânico parece, a ele mesmo, um anteparo contra todas as “filosofias” e “ingenuidades”, que vicejaram na Medicina até então: **“É preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. Isso são velharias médicas. Na realidade, entre essas duas maneiras de ser há apenas diferenças de grau: exageração, desproporção, a desarmonia dos**

fenômenos normais constituem o estado doentio.” (Claude Bernard, apud CANGUILHEM, 1982: 41)

Este último trecho é exemplar quanto à forma de apreensão da doença para o método experimental de Claude Bernard. Com relação ao indivíduo, à pessoa, existem “duas maneiras de ser”: saudável ou doente. Entre elas, diferenças de grau. Fazendo-se a associação com o trecho citado no parágrafo anterior, temos que as manifestações orgânicas são de base físico-química (ou energético-material), sendo da mesma espécie dos fenômenos observáveis na natureza ou produzidos pelo homem, no seu cotidiano ou em laboratório. Há portanto, sem detrimento da evidente capacidade do método de realmente avançar no conhecimento e subsidiar a prática, uma passagem, uma redução do estado de doença considerado no indivíduo que sofre, para uma alteração funcional de uma norma biológica, estabelecida em laboratório.

Essa passagem é necessária para que a elaboração científica seja feita sobre os elementos apreensíveis pelo método. Da mesma forma, uma outra “passagem”, posterior à elaboração científica, é também necessária, no sentido de sua utilização para a prática. Se a ciência pode guardar uma certa distância da doença na forma em que ela se apresenta para o doente, é porque uma primeira elaboração, anterior à investigação, já foi feita pelo clínico. Do mesmo modo, é o clínico o responsável pela terapêutica, e esta tem em vista repor o doente em sua condição de vida anterior ao agravo, ou o mais próximo possível dela.

Com a aplicação do método experimental na fisiologia e na patologia, buscando as regularidades próprias ao estado de saúde e as alterações características às doenças, constitui-se a racionalidade científica da Medicina. De meados do século XIX ao início do século XX, incrementada pelo conhecimento adquirido em ciências básicas e pela tecnologia derivada, a pesquisa na área médica vai avançar pela metabologia, a microbiologia, a bioquímica, a toxicologia, etc.

O que nos interessa apontar neste momento, entretanto, não é o sentido do avanço científico e suas vitórias contra as doenças. Essa explanação

sobre a constituição da Medicina científica e tecnológica tem, na verdade, o intuito de demonstrar o sentido da racionalidade adquirida nesse processo, sua historicidade, e a nova disposição social da prática médica que dela emerge.

Assim, ao se constituir a Clínica como forma privilegiada de prática médica, seja no aspecto mais corriqueiro de modo de trabalho, seja como modelo de investigação e aprendizagem no âmbito da prática, vai estar o médico sempre atuando com limites de certezas e dúvidas, isto é, pressupondo a possibilidade de situações imprevisíveis e desconhecidas, no que de fato a clínica se produz (e se reproduz) como uma experiência. Experiência que pode ser adquirida progressivamente pelo médico (desde que esteja aberto para ela), assim como experiência que pode ser aplicada e demonstrada na prática. Daí que, na representação que se faz da boa prática, não basta ao médico ser um grande conhecedor da teoria, assim como não basta atender um grande número de casos. Há que se combinar a tarefa com o conhecimento progressivamente elaborado pela ciência, e isto só é possível por um "estado de espírito", uma postura de questionamento constante e de idas e vindas do trabalho para a teoria e vice-versa.

Ao se estabelecer o método científico como único método possível de produção de verdades também no âmbito da Medicina, libera-se a prática do jugo das teorias "fechadas", uma vez que, na ciência, a única verdade absoluta é a do método. O que se quer afirmar é que o fato estável das ciências não é o seu produto, as descobertas, mas o modo de produzi-las. Faz parte da própria postura científica a aceitação da refutação de hipótese, desde que ocorra pela aplicação correta do método. Deste modo, ao se avançar no conhecimento negando evidências científicas anteriores, a Medicina, como a Ciência, nada mais faz do que progredir no sentido de uma prática mais bem fundamentada, não se negando a si mesma a todo momento. (LUZ, 1988)

É deste modo que a Medicina se reveste da característica de cientificidade, característica esta fundamental para sua aceitação social como prática hegemônica no mundo da racionalidade moderna. Ficam relegadas à

categoria de charlatanismo todas as outras práticas de saúde não balizadas pelo método e não sancionadas pelos conselhos e sociedades médicas. Do mesmo modo, todos os outros profissionais e "curiosos" (parteiras, práticos, boticários, comadres, mães) são chamados a prestar contas perante a sociedade, sofrendo sanções ou sendo desqualificados, mesmo que moralmente, em suas históricas atribuições. De doença (e por que não dizer, de saúde?) quem entende é o médico!

A consolidação do trabalho cooperativo entre médicos e cirurgiões na clínica hospitalar permite a unificação e a reestruturação dessas duas formas de trabalho em uma única profissão. Na cooperação, ocorre um embricamento das características próprias a cada uma das práticas precursoras, e isto se dá tanto no plano do trabalho como no da técnica e do saber, de modo que, visto sob este ângulo, o médico clínico não vem a ser a continuidade do físico e o médico cirurgião tampouco é a continuidade do cirurgião.

Reclamado já há algum tempo pelas eminências da medicina clínica, o aprendizado de técnicas próprias da cirurgia começa a adentrar o universo do clínico. Por outro lado, reivindicado como saber fundamental para a boa prática cirúrgica, a formação básica do clínico (anatomia, fisiologia, patologia) passa a ser também parte da formação básica do cirurgião. Com a reforma das universidades francesas e, fundamentalmente, das faculdades de Medicina, fechadas durante a Revolução, consagra-se a união das duas áreas, pelo menos no âmbito da formação.

Segundo NOGUEIRA, após 1793, **"... a situação, resumidamente, é esta: 1- as escolas de Medicina são reabertas e têm seus currículos reformados; 2- o credenciamento dos praticantes passa à alçada do governo; 3- agregam-se hospitais de ensino às faculdades; 4- fundam-se sociedades médicas de orientação não corporativa, isto é, liberal; 5- dá-se a introdução do ensino conjunto da Medicina interna e da cirurgia."** (NOGUEIRA, 1977 p.50)

De acordo também com NOGUEIRA, a objetividade do saber e da técnica buscada pela Medicina esteve sempre presente, de modo muito mais intenso, na prática cirúrgica, dada a natureza do trabalho de cada uma e os meios utilizados para a prática. Os sistemas médicos, teorias especulativas sobre o adoecer, ao orientarem o trabalho do médico, careciam da possibilidade de refutação que caracteriza a técnica e sua relação com o saber que a orienta. Sem aprofundar muito o conceito de técnica, o que se quer apontar aqui é que, idealmente, a relação entre técnica e saber é de dupla via, de modo que as operações realizadas com determinado fim e orientadas por um dado saber são freqüentemente reajustadas pela modificação do saber. Por outro lado, o resultado imprevisto e indesejado da aplicação técnica no trabalho fornece os elementos para a retificação do saber. (NOGUEIRA, op cit: 56)

É esta característica que diferencia uma técnica, segundo a concepção utilizada neste texto, e outros rituais, como, por exemplo, os rituais místicos ou religiosos, em que o resultado da prática não deve ser medido ou avaliado por modificações que elas possam estabelecer no plano material ou objetivo, mas sim pela perene reafirmação, pelo ritual, das representações que o presidem. (MENDES GONÇALVES, 1986, 1992)

É nesse aspecto que a cirurgia se reveste até hoje de uma maior objetividade, pois esteve sempre pondo em relação o saber que a orienta, com o resultado da intervenção, que por sua vez é muito mais visível que a intervenção do físico, ou mesmo do clínico. Ao passar a atuar no hospital, cooperativamente com a clínica, a cirurgia encontra condições especiais para sua "elevação" à categoria de profissão fundada também em uma base intelectual. A diferenciação das práticas é equalizada no hospital, pois a opção entre tratamento cirúrgico ou clínico aparece como opção técnica somente, permitindo desse modo que as duas práticas, antes distintas e separadas hierarquicamente, apareçam compondo, como duas especialidades, uma mesma prática.

A cirurgia beneficia-se sobretudo da organização do hospital como ambiente de trabalho, tanto no aspecto da disponibilidade do espaço para as

operações, em salas específicas, com os equipamentos sempre a mão, como da presença constante de pessoal auxiliar. Há assim uma intensificação e uma potencialização do trabalho dos cirurgiões, que se também ocorre para o clínico, não se dá na mesma dimensão.

Bichat já afirmava que a cooperação com a cirurgia deveria permitir uma melhor fundamentação de quando se optar pelo tratamento cirúrgico, sendo que o cirurgião deveria saber **“... o tempo e os locais para praticá-los, as circunstâncias que influem sobre seu sucesso ou fracasso, as modificações tão variadas que sofrem por uma infinidade de circunstâncias, as seqüelas que delas resultam e os meios de tornar essas seqüelas menos graves”** (Bichat, citado por NOGUEIRA, op cit: 43)

O que interessa a este trabalho entretanto não é exatamente a história da unificação das práticas, mas as condições em que isto ocorre, do ponto de vista de seus determinantes histórico-estruturais, sendo necessária uma retomada da discussão colocada anteriormente sobre a constituição das práticas sociais e dos seus objetos. Temos então que na dimensão mais interna à prática médica, ao se consolidar como prática unificada, isto só é possível pela constituição de um mesmo objeto para a prática, que tem sua apreensão dominada pelo método que institui a racionalidade científica na produção de saberes para a Medicina.

Este objeto, recortado de sua dimensão real de existência, conseqüência da separação entre objeto de saber e objeto de prática, é o corpo humano doente. Ao fazer este recorte, orientada pela busca de variações do normal na função orgânica, identificada através da pesquisa científica sobre a estrutura dos órgãos e a fisiologia, a Medicina recoloca os indivíduos em uma situação de igualdade no nível orgânico, remetendo as diferenças para o externo ao corpo, percebido agora como “ambiente”.

As diferenças possíveis entre os indivíduos passam a ser elaboradas em dois níveis que se comunicam, mas que não podem mais ser apreendidos, pela Medicina científica e tecnológica, na integralidade em que se apresentam

para a vida concreta desses indivíduos. Esses dois níveis, ou dois planos, em que se processam as diferenças são: o nível social, as condições em que o indivíduo vive seu dia a dia (moradia, trabalho, região em que vive, nível sócio-econômico), entendidos como fatores ambientais; e o nível orgânico, em que há uma generalização do conceito de normal, possível dentro de um padrão de variabilidade, onde reside a percepção de igualdade na normalidade, assim como também de igualdade entre indivíduos que apresentam a mesma anormalidade, a mesma patologia. Desse modo, a Medicina opera sobre uma igualdade e o faz, tecnicamente, de modo uniforme, isto é, por meio dos instrumentos de trabalho que são necessários à prática, os mesmos para todos os médicos, se tomados no conjunto da profissão, variando de acordo com o processo diagnóstico e terapêutico necessário, referente à patologia.

Mas a Medicina, ao se estruturar na ordem capitalista, deve processar e dar conta das "desigualdades entre os iguais", o que significa responder a outras ordens de determinação não abarcadas pela teoria das doenças. E na ordem capitalista, em que o modo de produção determina as desigualdades sociais e as reproduz tendencialmente, a prática médica deverá, ao atuar sobre os objetos, reproduzir também de algum modo as desigualdades.

Não será entretanto na variação da técnica aplicada a indivíduos socialmente desiguais que a Medicina dará conta dessa ordem de determinação, ou deixaria de se constituir em prática uniforme e socialmente adequada à ordem capitalista, onde a igualdade, formal, é a base de coesão social que dá sustentação a esse modo de produção. Deve no entanto, como todas as outras práticas sociais, apontar para a possibilidade de igualdade, caracterizada pela possibilidade de consumir os produtos necessários à sobrevivência (alimentos, moradia, consultas médicas) e ao pleno desenvolvimento do ser humano (educação, trabalho, cultura, lazer, etc.). Neste aspecto, a distribuição dos serviços médicos e a possibilidade de consumir seus produtos, serão os mediadores da reprodução de desigualdade, fenômeno entendido como externo à prática médica.

A vida tal como ela se dá na realidade não pode então estar totalmente dissociada, para a prática médica, do objeto tomado para sua ação, mas deve ser adequadamente concebida para que esta se dê de modo que o objeto contenha de alguma maneira, aquilo que se refira à vida como totalidade, sem perda da objetividade dessa prática.

Assim, como já dito, o objeto da prática médica é diferente daquele tomado pelas ciências que estudam os fenômenos biológicos no ser humano. Para estas, dada a natureza do método de investigação, deve-se procurar isolar os fenômenos a serem estudados de suas variantes confundidoras, e a normalidade aparece então como variabilidade possível do fenômeno dentro de condições controladas experimentalmente. Por exemplo, a glicemia normal é aquela compreendida entre 75 e 115mg de glicose por 100ml de sangue, colhido em jejum de 8 horas, de preferência ao acordar. Mesmo assim, há que se estabelecer um critério de variabilidade, um intervalo no qual se enquadra a grande maioria dos indivíduos sadios, pois uma parcela destes apresenta valores de glicemia (para mais ou para menos) que se confundem com valores compatíveis com o estado de doença. Deste modo, ao se dizer que a glicemia é normal quando está entre 75 e 115mg %, isto se refere a 95% dos indivíduos saudáveis, sendo portanto um critério arbitrário, mas mediado pela experiência clínica.

Outros procedimentos de análise visam resultados do tipo positivo ou negativo, e aqui a variabilidade vai aparecer na capacidade da técnica utilizada (ou método, como se diz corriqueiramente) de fazer coincidir resultados positivos com a presença do fenômeno que se procura em 100% dos casos em que ele ocorre de fato, ou ao contrário, coincidir os resultados negativos em todos em que ele não ocorre. Aparece então a falibilidade da técnica, que demanda os conceitos de sensibilidade e especificidade para sua utilização.

É nesse aspecto que, de alguma forma, a prática médica recorta objetos da realidade estabelecendo mediações que permitem de um lado o trabalho médico e do outro, numa segunda mediação, mas no mesmo sentido de

objetivação, o trabalho científico. Do outro lado, como produto do trabalho científico, as técnicas de investigação e os resultados de procedimentos experimentais, do uso de substâncias e de manipulações específicas, surgem como instrumentos de trabalho do médico, sejam de uso diagnóstico ou terapêutico. Mais adiante ainda, como produto do trabalho do médico, deve surgir uma normalidade da vida, uma reposição do indivíduo doente na condição de vida em que se encontrava previamente, ou o mais próximo possível dela, como já dito.

Daí se pode tirar duas conclusões importantes: primeiro, que qualquer que seja o fenômeno biológico estudado, a norma, entendida como parâmetro estatístico de delimitação de variabilidade do normal, só pode ser determinada correlativamente à observação e investigação clínica, e ambas devem ser sancionadas pela realidade de vida dos indivíduos; segundo, que ao substituir na elaboração teórica e na prática o conceito de saúde pelo de normalidade, e o de doença pelo de patologia a Medicina vai sempre utilizar um modo de perceber instâncias do real que, ao serem absolutizadas como aquelas sobre os quais a Medicina pode atuar como técnica ou como ciência, recolocam para os indivíduos e para a sociedade novas representações sobre o adoecimento, a cura e o permanecer saudável.

Aproveitando as palavras de Canguilhem (1982) e com relação à primeira conclusão, entre a sensação de desconforto do indivíduo à qual se atribui a possibilidade de uma doença, e a doença como fenômeno cientificamente elaborado, há uma passagem de nível: ***“Procurar a doença ao nível da célula é confundir o plano da vida concreta - em que a polaridade biológica estabelece a diferença entre a saúde e a doença - e o plano da ciência abstrata - em que o problema recebe uma solução”***. Para ele, ***“... ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais”***. Donde se conclui que a saúde, tomada como estado do indivíduo concreto, ***“... é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”***. (CANGUILHEM, 1987: 158-159)

Ser saudável implica na verdade não em estar contido em uma norma, mas ser o seu parâmetro, aquele que permite o estabelecimento da norma, ser normativo em relação a outros. Implica também em poder superar mudanças nas relações concretas de vida, ou se se quiser refletir segundo o método científico-experimental, manter os parâmetros fisiológicos mesmo com mudanças do meio. Por exemplo, conservar os padrões de normalidade biológica apesar das variações de pressão, temperatura ou atividade física.

Com relação à segunda conclusão, ao trabalhar com parâmetros de normalidade cientificamente elaborados, a prática médica, no âmbito de uma formação social que tem nas ciências positivas o modo privilegiado de produção de saberes sobre a realidade da vida, constrói pouco a pouco novas representações sobre a saúde e a doença, ao devolver os produtos de sua prática à sociedade através do próprio trabalho, dos saberes divulgados, da constituição de instituições específicas relacionadas à saúde e ao adoecer.

Recorrendo uma última vez a CANGUILHEM (1982), “... **existe Medicina, em primeiro lugar porque os homens se sentem doentes. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma Medicina, sabem em que consiste sua doença**”. (op cit: 189)

Mas os produtos da prática médica não se restringem ao saber sobre a doença e às técnicas de reposição da normalidade. Como intelectuais tradicionais na ordem feudal que permanecem intelectuais com a transição do modo feudal para o capitalista de produção, os médicos estiveram por todo esse período articulados à constituição da racionalidade moderna e da ideologia que preside a conformação do Estado e da sociedade próprios a esse modo de produção. Ao final e ao cabo da transição, os médicos podem ser vistos também como intelectuais orgânicos da burguesia, se quisermos utilizar o conceito de GRAMSCI (1985).

GRAMSCI, ao discutir a formação das diversas categorias de intelectuais e sua função social, entende que ela ocorre de duas maneiras: “**1) Cada grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial**

no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e no político (...) 2) Cada grupo social "essencial", contudo, surgindo na história a partir da estrutura econômica anterior e como expressão do desenvolvimento desta estrutura, encontra (...) categorias intelectuais preexistentes, as quais apareciam, aliás, como representantes de uma continuidade histórica que não fora interrompida nem mesmo pelas mais complicadas e radicais modificações das formas sociais e políticas." (GRAMSCI, 1985: 5)

Ainda segundo GRAMSCI, *"para o estudo de uma categoria desses intelectuais (referidas no texto original), a mais importante, talvez, depois da "eclesiástica", pelo prestígio e pela função desenvolvida nas sociedades primitivas, é a categoria dos médicos, em sentido lato, isto é, de todos aqueles que "lutam" ou parecem lutar contra a morte e as doenças"* (op cit: 5).

Colocada neste âmbito, a prática médica pode ser melhor entendida em sua inserção supra-estrutural. Como intelectuais tradicionais, subordinados à Igreja e ao poder feudal, não obstante os médicos estiveram também imersos na construção da nova razão e de novos meios de apreensão da realidade social. Participaram do desenvolvimento das Sociedades Científicas que proliferaram desde o Renascimento e da reorganização da estrutura do Estado e de suas atribuições, como vimos anteriormente. E é em função dessa reelaboração da inserção social, dos objetos e dos meios de trabalho, da forma de produção de saberes, da organização da prática e, basicamente, por serem intelectuais e pelas características de sua participação como grupo na estrutura de poder, que os médicos lograram conduzir, sob sua jurisdição, todas aquelas mudanças citadas e, portanto, exercer, um certo controle da produção do saber, a propriedade dos meios de trabalho e, a elaboração do próprio projeto do trabalho.

É possível então afirmar, como NOGUEIRA, que **“... se as corporações médicas não forneceram nem capitalistas nem proletários para a formação das novas relações sociais, puderam contribuir, entretanto, com um elemento de destaque nesse período de transição: os intelectuais”**. (1977: 30)

Essa relação privilegiada da Medicina, através de seus intelectuais, com a estrutura de racionalidade e com a conformação do Estado, e tendo em mente que a produção de um saber objetivo sobre o homem (no caso sobre a doença no homem) permite a circulação desse saber e sua qualificação como superior a outros, menos objetivantes segundo o método das Ciências Naturais, traz também, como produto, o uso de categorias desenvolvidas pela Medicina e pelas Ciências Naturais na apreensão da dimensão social da existência humana e na representação da sociedade como um organismo complexo.

Assim, e de acordo com LUZ, existe uma continuidade entre a Medicina e as Ciências Naturais, em parte por serem, muitos médicos, também cientistas em áreas básicas, como a Física, a Química e a Biologia, em parte também pelas categorias e conceituações gerais de que se utilizam. Mas, a continuidade estabelece-se também com as disciplinas que estudam o homem como ser social: **“... a concepção de corpo doente, como corpo individual, objeto de intervenção médica, ajuda a constituir o indivíduo moderno este átomo de um corpo mais amplo que a razão social ordena. A Medicina, elaborando no discurso a categoria, e na prática social - através da clínica - o sujeito “paciente”, desviante de um quadro geral de normalidade, ajuda a constituir o sujeito individual como objeto de ordenação da racionalidade social.”** (LUZ, 1988: 92)

O fenômeno da circulação das idéias, conceitos e categorias de análise, das ciências naturais para as ciências econômicas e sociais, é fruto da tentativa de se estabelecer um saber objetivo para essas disciplinas, objetividade que, pressupunha-se, poderia ser atingida pela utilização do método experimental - observacional na apreensão dos fenômenos sociais.

O ponto de vista adotado neste trabalho é o de que essa circulação de conceitos e teorias é, de fato, funcional para as disciplinas, no sentido de que fornece elementos que permitem um avanço real da compreensão dos fenômenos sociais, ao mesmo tempo em que introduzem, em outros aspectos, fatores limitantes da elaboração teórica. Limitações estas que, com o desenvolvimento da racionalidade, implicam em uma dada dinâmica de formulação e representações que acabam por reforçar e dar estabilidade às formações sociais capitalistas, atuando no plano ideológico.

Concordamos assim com LUZ, quando aponta para uma “... solidariedade nocional entre as categorias naturais, sobretudo da área biomédica, e as categorias das disciplinas sociais, sobretudo a sociologia, numa estrutura de “regime enciclopédico”, próprio da racionalidade científica moderna, pelo qual há uma circulação de conceitos benéfica para a totalidade dos saberes disciplinares. É verdade que, na maioria das vezes, a migração dos conceitos se faz da área das ciências físicas ou naturais para as sociais, o que não impede o reforço de tais categorias para ambos os campos. Essa migração preferencial do natural para o social é fruto da dominância, na racionalidade científica, do primeiro campo, o que confere (a ele) maior legitimidade social. Nesse sentido, o emprego de categorias “naturais” no campo da disciplina social confere, aparentemente, uma certa aura de exatidão à teoria que emprega tais categorias.” (1988: 107) LUZ, 1988: 107.

Do ponto de vista ideológico, a “naturalização” dos fenômenos sociais por parte de teóricos (como Condorcet) tem inicialmente, conforme LÖWY, uma função crítica com relação à estrutura social feudal-absolutista, da França em particular, no século XVIII: “tanto a doutrina do direito natural quanto a de uma ciência natural da sociedade possuem uma dimensão utópico-revolucionária, crítica.” (LÖWY 1988: 19)

Contemporâneo dos fisiocratas e dos clássicos ingleses, Condorcet (1743-1794) é, em sua época, a maior expressão dessa tendência que demanda o

cálculo matemático na elaboração das explicações da economia política, assim como de uma possível ciência do fenômeno social mais geral, à que chamaria de "matemática social". O esforço de Condorcet é o de liberar as ciências políticas, econômicas e sociais das "paixões" e "preconceitos" em que estavam imersas, referindo-se, explicitamente, às "classes poderosas", à aristocracia, aos dogmas da Igreja, à doutrina teológica e a seus argumentos de autoridade, como tradicionais e impeditivos do "projeto humano".

Ainda de acordo com LÖWY, encontra-se em "O esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano" uma primeira intuição de que **"... o desenvolvimento do terreno dos fatos sociais choca-se com os interesses de classe"** (op cit: 20). Nesse ensaio de 1793, CONDORCET afirma que **"... quanto mais os objetos submetidos à razão tocarem os interesses religiosos e políticos, tanto mais lentos os progressos do espírito humano"**. (apud LÖWY, 1988: 21) Como teórico da ordem social natural, Condorcet inscreve-se no mesmo campo de outros teóricos, como Locke (1632-1704), Rousseau (1712-1778), Hume (1711-1776) e Adam Smith (1723-1790, fundamentais para a conformação do Estado moderno e da filosofia liberal.

No que toca a este trabalho, o importante é ter em mente que todos esses teóricos elaboram suas doutrinas contra uma ordem estabelecida e colocam a necessidade do conhecimento das leis naturais do fenômeno social como base de uma ação racional. Locke, filósofo e médico, aponta para a igualdade e liberdade dos homens em seu estado natural, fundando o liberalismo, em que se deve preservar os "direitos naturais": de existência, de subsistência e de propriedade. Os homens em sociedade relacionam-se e organizam as relações sociais através do livre consentimento. Também para Locke, as idéias são fruto da experiência vivida, e não inatas, como se acreditava até então. Desse modo, todo ser humano, ao nascer, é potencialidade, mas ainda "papel em branco" (tábula rasa), onde a experiência vai inscrever as impressões através dos sentidos, que, organizadas e combinadas, permitem o pensamento e a razão. Daí

a importância da educação das crianças, uma educação racional e laica, dirigida para a experiência. (LÖWY, 1988)

Hume, historiador e filósofo escocês, propõe uma nova moral, fruto da aplicação do método experimental. Para ele, a evolução da filosofia depende do estabelecimento de uma ciência central, a ciência do homem (“Tratado da Natureza Humana” - 1740). No mesmo sentido, Rousseau escreve “Emílio ou da Educação”, publicado em 1762, ao mesmo tempo que “O Contrato Social”. “Emílio” é denunciado na Sorbonne, e o Parlamento decreta sua queima e a prisão de Rousseau. “O Contrato Social”, estrategicamente é publicado na Holanda, sendo imediatamente proibido na França. Concebendo os homens como bons em sua natureza, Rousseau acredita que a sociedade, como está em sua época, é a fonte dos vícios, apontando a ordem social como desnaturada, e questionando os possíveis benefícios, para o homem, do progresso social da forma como se dá. O fundamental para Rousseau é a liberdade, e os homens (as crianças) devem ser educados para serem livres, respeitando sua natureza: **“Tudo está bem quando sai das mãos do autor das coisas, tudo degenera entre as mãos do homem”** (primeiro parágrafo do “Émile”) (ROUSSEAU, 1995: 7)

Com a Revolução Francesa, a ascensão da burguesia e com o impulso dado às forças produtivas, as idéias utópicas e críticas, revolucionárias, da ordem social natural e das leis naturais que regem o fenômeno social, vão servir agora de base para o pensamento conservador. Tudo se passa como se a sociedade burguesa, industrial, fosse a culminância do movimento em direção ao império das leis naturais da sociedade, libertas da opressão monárquica e feudal. O homem finalmente é livre, e no exercício dessa liberdade é que se submete, por “livre consentimento”, às relações e às regras próprias dessa sociedade.

Essa formulação é nítida em Comte, a quem nos reportamos com duplo objetivo: referenciar uma teoria acabada sobre a ordem social liberal-burguesa, que emerge na França do início do século XVIII, como depositária e fundadora das relações baseadas nas leis naturais; e como teórico que lança mão

das categorias e noções da Medicina para se referir ao “corpo social” e fundamentar suas teorias.

Criador do termo “sociologia” para designar a ciência positiva que estuda “... **os fenômenos sociais considerados dentro do mesmo espírito que os fenômenos astronômicos, físicos, químicos e fisiológicos, quer dizer, como sujeitos a leis naturais invariáveis, cuja descoberta é o objetivo específico de suas pesquisas...**”, Comte considera-se seguidor de Condorcet e Saint-Simon. Se Condorcet pensa elaborar uma “matemática social” e Saint-Simon uma “fisiologia social”, Comte emprega o conceito de “física social” para sua sociologia. Rompe, entretanto, com ambos, quando aponta, nos dois, “preconceitos revolucionários” que os impedem de concretizar a elaboração de uma verdadeira ciência social “neutra”. Ao contrário, a filosofia positiva “... **tende poderosamente, por sua natureza, a consolidar a ordem pública através do desenvolvimento de uma sábia resignação...**”. (Comte, apud LÖWY, 1988: 24)

Através do conhecimento adquirido pela via da filosofia positiva, e ao colocá-la na prática como doutrina de vida, “... **os proletários reconhecerão, sob o impulso feminino, as vantagens da submissão e de uma digna irresponsabilidade...**”, de modo que a doutrina positivista “... **há de preparar os proletários para respeitarem , e mesmo reforçarem, as leis naturais da concentração do poder e da riqueza...**”. (op cit p. 24). A doutrina positiva de Comte visa a estabilidade social, entendida como a ausência de conflitos entre os proletários e os proprietários e entre as forças políticas e o Estado. Os conflitos, as greves, as revoluções, são anomalias, sintomas patológicos em um corpo social saudável.

Deve-se notar que, na filosofia de Comte, não se trata de fazer simples analogias entre corpo biológico e corpo social, mas de assumir o corpo social como um estágio superior e mais complexo de organização dos corpos biológicos, para o qual vigem as mesmas leis naturais que explicam a doença e a saúde tomadas nos limites do corpo biológico. Para demonstrar essa identidade na teoria de Comte, é necessária esta longa citação feita por CANGUILHEM de

seu "Systeme de Politique Positive". **"Este tratado baseia-se no grande princípio cuja descoberta tive que atribuir a Broussais, porque sobressai do conjunto de seus trabalhos, embora somente eu tivesse elaborado sua formulação geral e direta. (...) Broussais mostra que os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos da saúde, da qual diferem só pela intensidade. Esse luminoso princípio tornou-se a base sistemática da patologia, subordinada, assim, ao conjunto da biologia. Aplicado em sentido inverso, explica e aperfeiçoa a grande capacidade da análise patológica para esclarecer as especulações biológicas. (...) O regime enciclopédico o estenderá sobretudo às funções intelectuais e morais, às quais o princípio de Broussais ainda não foi condignamente aplicado (...) Além de sua eficácia direta para as questões biológicas, ele constituirá, no sistema geral da educação positiva, uma vantajosa preparação lógica nos processos análogos para com a ciência final. Pois o organismo coletivo, em virtude de sua complexidade superior, comporta perturbações ainda mais graves, mais variadas e mais frequentes que as do organismo individual. Não tenho medo de assegurar que o princípio de Broussais deve ser estendido até esse ponto, e já o apliquei nesse campo para confirmar ou aperfeiçoar a leis sociológicas. Contudo, a análise das revoluções não poderia esclarecer o estudo positivo da Sociedade, sem que haja, a esse respeito, a iniciação lógica resultante dos casos mais simples apresentados pela biologia."** (Comte, apud CANGUILHEM, 1982: 29)

Mas Comte não representa apenas a forma mais radical de continuidade entre a ciência médica e a ciência social. Representa também, dada a amplitude de aceitação de sua teoria, a própria difusão no meio médico das teorias de Bichat e Broussais, como afirma CANGUILHEM: **"O que é certo, de qualquer modo, é que mesmo no meio médico culto, as teorias de patologia geral próprias de Bichat, de Brown e de Broussais só exerceram influência na medida em que Comte as reconheceu como suas. Os médicos da**

segunda metade do século XIX ignoravam, na sua maioria, Broussais e Brown, mas poucos ignoravam COMTE” (CANGUILHEM, 1982: 42).

4. Os Determinantes “Externos” da Prática Médica

Tratamos, até aqui, da constituição do objeto da prática médica, tomado privilegiadamente do ponto de vista mais interno à Medicina, como elemento em torno do qual se organizam os saberes que orientam o trabalho do médico. Foi visto, também, como a racionalidade que preside a formação do saber e orienta a prática se inscreve na racionalidade mais geral, própria ao modo capitalista de produção, dando consistência a determinada forma de perceber o real e fornecendo conceitos e categorias funcionais para o desenvolvimento de uma ciência do homem e da sociedade. Deve-se proceder agora a uma mudança de enfoque, a fim de que se possa perceber outras ordens de determinação da prática médica, referentes às relações mais “externas”, que estabelece com outras práticas e com o conjunto da estrutura social.

Esse enfoque será dado a partir de estudos que abordam a prática médica em sua articulação com a estrutura social em vários aspectos, que podem ser resumidamente agrupados em torno de dois eixos, exclusivamente para o fim da análise que se procura fazer neste trabalho, entendendo-se, desde já, esses dois eixos como relativos ao instrumental analítico próprio do método aqui utilizado, e não à realidade como se apresenta.

Um dos eixos, em torno do qual se pode apreender a articulação da prática médica com outras práticas, é aquele definido pela progressiva extensão da prática na estrutura social. Neste aspecto, seguindo a orientação dada por DONNANGELO & PEREIRA (1976), deve-se entender a extensão da prática em pelo menos dois sentidos: ***“em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico, e***

como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da Medicina por referência às representações ou concepções de saúde e de vida. Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas “ações coletivas” em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros.” (1976: 33)

Importa ter em mente que essa expansão é resultante da interação entre as demandas e necessidades postas pelo modo de produção, e a capacidade de resposta da prática médica, determinada pelo saber, pela forma de organização da prática médica e pelas limitações, basicamente econômicas, da possibilidade de oferta de serviços. Ao mesmo tempo, a extensão entendida no sentido da ampliação de normatividade estará também submetida às mesmas demandas e necessidades, postas agora no âmbito das representações e das ações coletivas.

Desnecessário dizer que a expansão da prática médica, nos dois sentidos, é mediada pela ação do Estado que, desde a constituição do Estado moderno e, coerente com a forma específica desse Estado na formação social capitalista, atua no sentido de responder às demandas com políticas também específicas, das quais duas podem ser imediatamente relevadas: as políticas de seguridade social e as políticas mais propriamente assistenciais, cuja característica comum é terem seus custos socializados, isto é, rateados pelo conjunto da sociedade. A mediação do Estado na ampliação ao acesso a bens e serviços médicos será tratada mais adiante no texto.

O outro eixo, em torno do qual se busca analisar a inserção estrutural da prática médica, é o modo como participa na produção, reprodução e manutenção da força de trabalho, com o que se pode entender de que modo atua também na reprodução das próprias relações de produção.

Estando constituída já em torno de um único profissional, o médico, a prática médica, ao responder às diferentes demandas colocadas pelo conjunto da sociedade, vai também se diversificar, tornando mais complexas as formas

concretas de utilização do saber em resposta às demandas; isto exige, por um lado, uma capacitação progressivamente diferenciada dos médicos e a agregação de diferentes tipos de profissionais que vão compor, subordinadamente à medicina, as profissões relacionadas à saúde; por outro lado, a criação e desenvolvimento de instituições próprias para a efetivação das políticas de saúde, incluídos aí os serviços específicos de assistência ou de intervenção “em campo”, assim como as diversas esferas administrativas e as mais propriamente políticas, como secretarias e ministérios.

Ao se dirigir ao conjunto das demandas, a prática médica, como já dito, objetiva essas demandas, torna-as objeto da prática, reconcebendo-as à luz do saber que está no fundo das concepções de saúde e doença que orientam a prática nuclear e individualizante do médico. Como já visto também, esse saber, socialmente sancionado por estar inscrito em uma racionalidade mais geral, permite à Medicina ampliar sua jurisdição, trazendo para sua esfera de influência questões que até então eram objeto de outras práticas, ou, mais importante, reforçando sua hegemonia em áreas já cobertas pela razão médica, mas que ainda carecem da objetividade já característica do trabalho médico.

Então, se com relação ao elemento mais nuclear da prática médica, (o trabalho médico consubstanciado na consulta médica individual ou no procedimento, cirúrgico ou outro, também individualizado) a teoria das doenças, a patologia, como a descrevemos, já se encontra formulada em seus princípios básicos de desenvolvimento, os outros âmbitos possíveis da prática, no sentido e amplitude que estamos aqui sugerindo, necessitam das condições básicas de aplicação daquela teoria.

Isto porque, ao tomarmos a clínica como meio de trabalho médico, em torno do qual se reestruturam as práticas e saberes da Medicina científica-tecnológica, e a partir do qual se reconstitui o objeto nuclear da prática, coloca-se, para o conjunto das práticas e saberes possíveis para a Medicina, um pressuposto fundamental, que determinará o modo de apreensão e de

processamento de novos objetos constituídos para prática, que não se confundem com a clínica, mas que têm nela o seu modelo de racionalidade.

No mesmo movimento, ao manter a condição de produtores dos saberes que se dirigem à apreensão dos novos objetos, assim como dos instrumentos de manipulação e dos produtos que se adequam à finalidade da prática, os médicos mantêm sua preponderância em todas as formulações que constituem as novas práticas, ocupando dessa forma, os novos espaços de atuação, seja no âmbito da produção científica e tecnológica, seja no âmbito da formulação mesmo de políticas, além, é claro, dos trabalhos mais relevantes com respeito ao controle de todo o processo de produção de serviços de assistência à saúde.

É por esta via de entendimento que se procura, neste trabalho, perceber a estruturação da prática médica com relação a objetivos situados “externamente” a ela, na estrutura social, o que compreende as forças produtivas e as relações de produção, consideradas aqui como constituintes da infra-estrutura, e a instância político-ideológica, constituintes da supra-estrutura. Partindo, então, da conformação do objeto de trabalho médico, caracterizado como o corpo humano tomado em suas constantes biológicas, e operando sobre ele com a finalidade de devolvê-lo a uma dada normatividade socialmente requerida, a prática médica vai progressivamente tematizando a própria normatividade dos corpos em sociedade, no que avança sobre áreas as mais diversas como: o ambiente de trabalho; a definição da loucura e sua relação com a imputabilidade criminal; o ambiente doméstico e o ambiente escolar, como favorecedores ou comprometedores da saúde infantil; a educação física dos corpos infantis; o fracasso escolar; a função reprodutora das mulheres etc.

Não se trata, aqui, de negar o envolvimento dos médicos, enquanto intelectuais, com essas várias questões, ou outras, que se refiram ao ambiente e à vida em sociedade. Trata-se de apontar uma forma hegemônica no trato das mesmas, em que a ordem médica aparece unificada em seus métodos de abordagem, a partir de uma racionalidade de base científica experimental, que

procuramos identificar na constituição do objeto da clínica. Tampouco se busca negar outras abordagens, possíveis ou concretas dessas questões, presentes no conjunto da sociedade ou internamente à própria Medicina. O que se afirma é o caráter hegemônico da abordagem referida, fenômeno a que vários autores se referem como “medicalização do social”, no sentido de se conceber e atuar sobre os diversos fenômenos sociais segundo o paradigma médico. Assim, aponta-se mais uma vez a unidade no método de produzir saberes e estabelecer práticas, que podem ser sempre reformulados, desde que se atenham ao método.

Recorrendo então, mais uma vez, à categoria do trabalho como ponto de apoio para o entendimento da estruturação das práticas sociais, vejamos quais elementos constitutivos do trabalho médico, tomado em seu aspecto geral, podem ser esclarecedores com relação à prática médica e sua relação com outras práticas e com a estrutura social.

MARX define o trabalho como uma atividade adequada a um fim e, como componentes do processo de trabalho, os seguintes: 1- o próprio trabalho, a atividade; 2- a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3- os meios de trabalho, o instrumental de trabalho. (MARX, 1968: 202)

Pensando o trabalho recortado das relações e da estrutura em que ocorre na realidade, isto é, abstraindo-o dessas relações, para que possamos apreendê-lo no que é igual em qualquer processo real de trabalho, naquilo que os trabalhos têm em comum e que os qualifica como trabalhos, temos envolvidos além dos elementos acima: 1- a finalidade do trabalho, que consiste no tensionamento da vontade do trabalhador, no sentido de realizar as manipulações necessárias sobre o objeto, que o transformem em um produto; 2- o projeto do trabalho, que está na mente do trabalhador antes mesmo de iniciado o processo, e que, portanto, preside todo o processo, de modo a dispor o objeto, os meios de trabalho e as ações necessárias, para que, ao fim, o produto apareça como fruto do trabalho aplicado, na forma já prevista anteriormente; 3- o produto do trabalho, que deve satisfazer uma necessidade ou um carecimento.

No caso do trabalho médico, assim como em outros trabalhos que conformam uma área específica, denominada como "de serviços" (educação, advocacia, assistência social, assessorias, etc), há uma série de dificuldades na apreensão dos elementos do trabalho. Se pensarmos na produção de bens materiais, ficam evidentes o objeto, os meios de trabalho, o produto, a finalidade e o carecimento. Por exemplo, ao montar um televisor, um trabalhador opera sobre os componentes, dispersos mas disponíveis em quantidade e qualidade suficientes (objeto) para, através de instrumentos materiais (solda, ferramentas) e não materiais (técnica adequada de operação dos instrumentos em um determinado processo), montar o produto, que, no caso do televisor, se destina a um carecimento mais ou menos nítido: como lazer (ver televisão) ou como instrumento para outros trabalhos (monitor de computador, segurança em bancos, etc.). Note-se que, ao falarmos de trabalhador na montagem do televisor, já nos vem à mente a imagem de vários trabalhadores em uma linha de montagem, realizando cada grupo uma determinada parcela do trabalho global, o que caracteriza a divisão técnica do trabalho.

O médico, como vimos, recorta seu objeto do carecimento, da necessidade conformada socialmente para o trabalho médico, e o faz segundo uma concepção da necessidade determinada pelo saber com o qual opera. É neste aspecto que a teoria das doenças, a patologia, ao presidir o saber que se dirige ao carecimento em busca de sua satisfação, toma o objeto, o corpo, não mais limitado em seus aspectos biológicos ou anátomo-fisiológicos, mas o faz segundo estruturas de normatividade presentes na sociedade em que está o corpo. Como vimos, essas estruturas de normatividade refletem a disposição dos corpos socialmente investidos, e os carecimentos e sua satisfação pela Medicina devem ser tomadas neste nível, que é o da real articulação da prática com outras práticas. Tomando uma situação limite (mas não rara) como exemplo, do ponto de vista biológico não há diferença significativa entre uma atrofia muscular de coxa de um jogador de futebol e de um violinista profissional; tampouco, com relação à limitação dos movimentos de uma das mãos. Mas os efeitos, para a vida concreta

dos indivíduos e portanto para a atuação da Medicina, são diferentes, e desencadeiam procedimentos diversos.

O mesmo se dá com relação às faixas etárias, quando por exemplo, uma diarreia na criança é tratada conservadoramente, com reidratação oral e orientações dietéticas, sendo que no adulto se usam anti-diarreicos e outras medicações sintomáticas.

O mesmo se dá com relação às faixas etárias, quando por exemplo, uma diarreia na criança é tratada conservadoramente, com reidratação oral e orientações, sendo que no adulto se usam anti-diarreicos e outras medicações sintomáticas com relação às faixas etárias, por exemplo, quando uma diarreia na criança é tratada conservadoramente, com reidratação oral e orientações dietéticas, e com anti-diarreicos no adulto, que não pode deixar de trabalhar por implicações óbvias.

Se as estruturas de normatividade com que opera a Medicina são reflexo da estrutura social, elas compreendem, na mesma dimensão, as diferenças de classe, dado que os corpos estão socialmente investidos em uma situação de classe, e nesse aspecto, como já dito, a Medicina incorpora as situações de classe, sem, no entanto, concebê-las explicitamente, como afirmam DONNANGELO e PEREIRA (1976). Também SCHRAIBER (1993) refere-se a essa incorporação, citando, explicitamente, a anamnese como o momento em que, tecnicamente, os aspectos sociais, culturais e afetivos do indivíduo que busca o cuidado são apreendidos e objetivados de modo a conduzir a intervenção. Esta objetivação implica em dimensionar e retraduzir esses aspectos, no sentido de relevar o que possa estar relacionado com uma patologia ou anormalidade orgânico/funcional, assim como separar os fatores importantes para a patologia de outros, que indicam apenas "sensação de doença", sem presença de lesão ou alteração funcional.

Se o carecimento e sua satisfação são tomados pela Medicina no contexto histórico (porque variável historicamente) e estrutural (porque referido a uma normatividade própria a uma dada estrutura) o objeto tomado para o trabalho

e seu produto vão estar também determinados por essa característica. Além disso, por ser um trabalho que se realiza sobre um corpo, já conceptualizado como parcialidade de um indivíduo, buscando a normalização desse corpo, é impossível separar claramente o objeto de trabalho médico de seu produto, pois ambos estão contidos no mesmo espaço, o corpo: **“... falar do objeto do trabalho médico equivale a designar, ao mesmo tempo, o seu produto. Característica que reflete, em outra perspectiva, a identidade, no plano da prática médica, dos momentos da produção e do consumo”**. (DONNANGELO E PEREIRA, 1976: 22).

Ora, se o objeto e o produto são consubstanciais ao corpo, e se esse corpo é de um indivíduo/sujeito do carecimento, ao se realizar o produto, no corpo, caracteriza-se o imediato consumo do produto pelo indivíduo, o que traz outra ordem de dificuldades na caracterização do trabalho médico, agora com relação à situação do produto do trabalho médico como mercadoria. Não sendo um produto que pode ser adquirido em um mercado de produtos, separado do momento da produção, o que se coloca para o consumo, no mercado, é o próprio trabalho do médico, por isso situado no mesmo plano de outros trabalhos que não geram produtos materiais comercializados em um mercado de produtos.

Note-se que o produto do trabalho médico, mesmo não sendo passível de comercialização na forma de produto, é de algum modo consumido, uma vez que a condição de saúde do indivíduo relaciona-se diretamente com a força de trabalho, através da qual os indivíduos mantêm sua subsistência e se reproduzem, ao mesmo tempo em que vendem sua força de trabalho para ser consumida pelo capital. O produto do trabalho médico é, assim, imediatamente, necessário para a produção de outros produtos ou outros serviços, no que se vincula diretamente à infra-estrutura. Não vamos levantar aqui a questão de se o trabalho médico é produtivo direta ou indiretamente, ou improdutivo mas necessário, questão de grande relevância conceitual e prática, mas que pode ser recuperada em vários autores já citados neste trabalho (GONÇALVES, AROUCA, DONNANGELO, LUÍS PEREIRA). É importante reter, neste momento, pelo menos

esse aspecto funcional, suficiente para o desenvolvimento das idéias aqui apresentadas.

O trabalho médico, além de imediatamente vinculado à estrutura produtiva, por meio da função de reposição da força de trabalho, também o é em outros aspectos: 1- na manutenção da própria força de trabalho, ao contribuir para a prevenção das doenças no âmbito coletivo ou no próprio ambiente de trabalho, do que trataremos mais adiante; 2- ao se utilizar de produtos obtidos em outras atividades, destacando-se, hoje em dia, os equipamentos diagnósticos e terapêuticos, os medicamentos, as técnicas geradas para a aplicação dos mesmos, os edifícios (de hospitais, de clínicas), assim como todos os serviços de apoio ao funcionamento dos serviços de saúde, como os de contabilidade e controle, planejamento, gerência, informática, etc. O trabalho médico constitui-se, assim, na única via de realização de uma série enorme de setores de investimento de capital, assim como consome produtos que não são dirigidos exclusivamente para o trabalho médico. Mas, todos estes produtos, consumidos pela Medicina, constituem-se, em boa parte, nos instrumentos e meios de trabalho do médico, sobre o que devemos nos estender um pouco mais.

Para MARX, ***“o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira. (...). Além das coisas que permitem ao trabalho aplicar-se a seu objeto e servem de qualquer modo para conduzir a atividade, consideramos meios de trabalho em sentido lato todas as condições materiais seja como for necessárias à realização do processo de trabalho”***. (op cit p. 205-207)

Também segundo MARX, o trabalhador ***“... não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar a sua vontade”*** (op cit p. 202)

Ocorre que, para por em funcionamento os instrumentos de trabalho de modo correto e adequado, tanto às características do objeto como à finalidade do trabalho, tendo em mente conformar o produto necessário, o trabalhador deve dominar um certo saber, que pode ser chamado de saber-fazer. O saber-fazer, no trabalho, caracteriza-se como uma técnica, sendo de fato um modo de agir, um método de aplicação no trabalho de um determinado saber, gerado pelo aperfeiçoamento da própria técnica ou derivado de um saber cientificamente estabelecido, como já abordado anteriormente. Seria importante clarear melhor a relação entre as ciências que dão fundamentos ao saber na Medicina contemporânea e a conformação do saber-fazer, da tecnologia aplicada na prática. Mas para não estender desnecessariamente essa discussão, explico o enfoque a ser dado a essa relação neste trabalho.

Como já discutido anteriormente, entendo que as ciências básicas produzem determinados saberes sobre seus objetos de pesquisa, que podem ser adequadamente aplicados à prática médica. A aplicação desses saberes na prática deve ser mediada pela experiência médica, que nessa mediação constrói outros campos experimentais, como se viu, campo estes, em geral, designado como de experimentação clínica ou de ensaio clínico. O saber-fazer, a tecnologia do trabalho médico nasce mais propriamente neste campo que, também como já visto, implica na tomada do objeto de trabalho, o corpo humano, segundo uma ótica objetivante, em que outras dimensões do indivíduo, portanto outras determinações sobre o corpo, são ou relevadas como "fatores" (ambientais, sócio-econômico, culturais) ou apropriadas em uma relação mais limitada a seus possíveis efeitos sobre as funções e estruturas orgânicas, através da anamnese.

É neste momento, na apreensão do objeto para o trabalho, melhor dizendo (como MENDES GONÇALVES, 1986), no trabalho, que fica claro o principal instrumento de trabalho médico: aquele que permite ao médico recortar no indivíduo as características sobre as quais é capaz de, aplicando outros saberes e lançando mão de técnicas de investigação e manipulação (diagnósticas e terapêuticas), produzir um produto, atuando basicamente sobre a dimensão

biológica do corpo, mas não só, já que tem em mente, desde o momento da apreensão, até a configuração do produto, a estrutura de normatividade da qual participa o paciente, assim como ele próprio.

Os instrumentos de trabalho podem, assim, ser percebidos como tendo características materiais (atividade manual, aparelhos, medicamentos) e não materiais, como o saber-operante que serve de fio condutor do raciocínio e da aplicação adequada dos instrumentos. Decorrente disto, deve-se entender que, ao me reportar a tecnologias ou a técnicas, refiro-me, neste trabalho, exatamente a esse saber-operante, e não aos instrumentos materiais de trabalho. É importante fazer essa ressalva porque, como se sabe, há uma generalizada confusão no uso do termo tecnologia, com o qual se procura enfatizar características inerentes aos equipamentos, fazendo alusão à sua qualidade de incorporador de tecnologia.

Ora, a tecnologia necessária à construção do equipamento ou do material de uso do médico (reagentes, medicamentos, etc.) é de ordem diversa da tecnologia de utilização, pelo médico, desses instrumentos de trabalho. Com a ampliação da prática, sua diversificação, o aprofundamento do conhecimento e das demandas científicas e tecnológicas no plano da construção do saber e no plano do trabalho médico, a produção de instrumentos de trabalho ocorre *pari-passu* com sua utilização, de modo que o médico aprende cada vez mais cedo, desde a graduação, a utilizá-los como parte importante de sua prática. Isto permite uma identidade do saber-operante do médico com a tecnologia específica do instrumento de que se utiliza, o que, coerentemente com a forma de reprodução ampliada do modo capitalista de produção, valoriza o instrumento utilizado no trabalho, ao mesmo tempo em que desvaloriza o saber que o opera. Mas os instrumentos materiais de que se utiliza o médico em seu trabalho carecem de qualquer utilidade ou significação social fora desse trabalho, de modo que, mesmo sendo reatualizado pelos avanços da ciência e da tecnologia na construção daqueles equipamentos e pelo seu uso reiterado, o saber operante da Medicina continua a presidir o momento do trabalho.

É verdade, por outro lado, que, com a superação da forma inicial de inserção estrutural da prática médica no capitalismo, predominantemente liberal, por uma forma que pode ser qualificada de várias maneiras (Medicina Tecnológica, segundo SCHRAIBER, ou Modo Burocrático de atenção médica, segundo GARCIA) há uma subordinação cada vez maior do trabalho médico a necessidades da esfera produtiva, implicando em uma perda relativa de autonomia do médico no controle dos meios de trabalho. Mas este é um assunto que abordaremos mais adiante. No esquema geral de entendimento da constituição do trabalho médico, a abordagem dada até aqui é capaz de trazer os elementos necessários para sua compreensão, assim como permitirá entender sua diferenciação, segundo esteja esse trabalho inserido nas concretas formações sociais.

Para uma ampliação do conceito, acima estabelecido, de instrumentos de trabalho médico, é necessário agora nos referirmos aos produtos e às finalidades do trabalho, de modo a perceber que, de fato, os instrumentos de trabalho, tanto materiais, mas principalmente os não materiais, constituem, dentro do processo de trabalho, o encontro do objeto com as finalidades.

Segundo essa perspectiva, MENDES GONÇALVES entende que a atividade (o trabalho) ***“(...) uma vez dada sua subordinação ao fim útil que a motiva, discrimina no objeto as características que permitem a efetividade daquele fim, dentre o conjunto das características que o definem na natureza: enquanto objeto do trabalho, a matéria à qual se aplica a atividade existe portanto já (.....) iluminada pela atividade que dela se apropria. Essas características do objeto, por seu lado, impõem à atividade que o transforma uma maneira de se aproximar dele; induzem também o desenvolvimento de meios, instrumentos de proceder a essa aproximação de forma a potenciá-las”***. (1979: 20)

Como vimos anteriormente, a prática médica, dada a forma como se constituiu na transição para o capitalismo, acaba por conservar sob sua área de atuação não somente as questões de saúde dos indivíduos, mas também sua

expressão coletiva e, mais além, a própria sociedade, elaborada para fins da prática como um organismo complexo. Referindo-se às necessidades postas individual ou coletivamente, recortando destas os objetos sobre os quais vai atuar, e elaborando um produto que corresponda àquelas necessidades satisfeitas, introduz no processo de trabalho, como finalidade, uma dada leitura de necessidades e possibilidades de satisfação, mediadas pela teoria que fundamenta sua prática. Desse modo, ainda segundo MENDES GONÇALVES, sendo a patologia a teoria que permite o recorte do objeto da necessidade, portanto uma teoria da doença, segue-se que ***“a teoria do objeto se transforma em teoria da necessidade, a patologia assume a função de definir onde e quando a necessidade se justifica. O conceito de “doença” ganha assim uma objetividade que permite estendê-lo para além dos limites da prática até fundar a necessidade médica como componente essencial do homem...”***, no que extrapola a pertinência daquela teoria. (op cit: 28)

Neste sentido, pode-se entrever que, se a Medicina é capaz de manter de forma adequada sua forma de conceber e atuar sobre as necessidades, ***“... o processo de trabalho (médico) no sentido social determina a necessidade que o mantém, mas só o faz porque a repõe como necessidade satisfeita no seus próprios termos, isto é, segundo a lógica dele próprio”*** (op cit: 25). Além disso, ao satisfazer e repor as necessidades nos seus próprios termos, e ao se diferenciar como prática, ampliando o leque de necessidades sobre o qual atua hegemonicamente, a Medicina cria novas necessidades, assim percebidas pelo conjunto da sociedade.

Isto é particularmente nítido na maneira como, progressivamente, a própria Medicina introduz, nas representações do público em geral, conceitos e critérios para a escolha desta ou daquela especialidade; por exemplo, a ginecologia/obstetrícia para os problemas da função reprodutora na mulher e a Pediatria para as crianças em geral.

5. Higiene e Saúde Pública: Uma Medicina de Estado

Mas, no âmbito mais geral da prática médica, ainda em meados do século XVIII, organiza-se de forma mais sistemática e articulada ao Estado a área específica de abordagem dos fenômenos coletivos de saúde. Como já referido neste trabalho, a Medicina das Epidemias constitui-se em torno de um projeto de saneamento e controle das condições de emergência das epidemias. Tem, como base teórica para a compreensão da doença no indivíduo, a Medicina das Espécies, a qual supera no aspecto ampliado de observação, compilação de dados e análise das ações mais eficazes, em um esquema de racionalidade mais próprio do método científico. Não contando ainda com uma teoria das doenças que permitisse identificar elementos causais mais específicos que o clima, a pureza da água e do ar, a aglomeração humana, as condições de vida e de trabalho, a ação desencadeada no sentido de controlar esses fatores acaba por ter resultados importantes com relação à mortalidade e à morbidade. (ROSEN, 1980)

Ao participar ativamente da elaboração e condução de ações do estado mercantilista, no sentido de conservar a saúde do povo, e ao emprestar a racionalidade médica emergente à conformação do Estado capitalista e às representações sociais sobre os determinantes da saúde e da doença, a Medicina constrói o espaço e a forma de organização do trabalho sobre os problemas coletivos de saúde. Então, também neste âmbito, a prática médica reproduz-se ao produzir uma determinada forma de apreensão dos problemas coletivos de saúde, objetivando-os para a prática e satisfazendo necessidades “nos seus próprios termos”, por conseguinte reafirmando-se como prática hegemônica.

A formulação de um objeto de trabalho referido ao coletivo vai ser, então, subordinada também à teoria das doenças e às concepções de sociedade como organismo complexo, mas antes disto há um processo de constituição desse campo de práticas que, por estar mais imediatamente referido ao social,

incorpora nesse processo, que marca definitivamente a extensão da prática médica à totalidade social, as relações mais estáveis com o conjunto das práticas sociais no modo capitalista de produção, na sociedade de classes.

Para um maior aprofundamento no que tange à constituição das práticas de saúde coletivas, consubstanciadas nos campos da Higiene, Saúde Pública e Medicina Social, seria necessário retomar todo o processo que engloba a formulação e estruturação desses campos, do modo como se procedeu com a prática médica em geral, tomando por base o trabalho médico individual. Para o que importa à compreensão deste estudo, resumiremos esta abordagem ao aspecto mais genérico da estruturação desses campos, tomando por base os estudos de ROSEN, DONNANGELO, MENDES GONÇALVES e AROUCA.

Inicialmente, deve-se considerar que, com relação à extensão da prática médica tomada no sentido de ampliação da abrangência da intervenção médica sobre os problemas de saúde no âmbito individual ou coletivo, há uma precedência do âmbito coletivo, uma vez que, ao subsidiar medidas de saneamento do meio, isolamento de doentes, reformas urbanas, controle do ambiente de trabalho, controle da qualidade dos alimentos, os resultados são perceptíveis para o conjunto da população sobre a qual incidem essas ações. Além disso, ao subsidiar também as ações de caráter pedagógico do campo da Higiene, em coerência com os projetos de intervenção do Estado no controle da salubridade desde o mercantilismo, a Medicina é percebida como uma prática já abrangente antes mesmo da possibilidade de acesso ao tratamento médico individual de boa parte da população. Agregue-se a isso o fato de que essas medidas e ações de caráter higiênico e sanitário atingem de fato seus objetivos, mesmo na ausência de um modelo teórico explicativo da ocorrência das doenças comprovado cientificamente pelo método experimental.

O que se quer apontar é que, tomando as condições de vida como potencialmente patogênicas e utilizando-se ainda da Medicina das Espécies Mórbidas, oscilando entre a teoria miasmática e a do contágio, as medidas de saneamento e as orientações higiênicas modificam de fato a ocorrência de

doenças no âmbito coletivo, superando a capacidade de intervenção da clínica.

Esta abertura para o social, a demonstração na prática da possibilidade de prever e modificar a ocorrência de doenças, acoplada aos ideais revolucionários da primeira metade do século XIX, leva a uma politização do campo médico na qual acaba por se expressar a disputa mais geral das concepções sobre a relação Estado-Sociedade.

O que se pode considerar o ápice da formulação de uma política centralizada de ações médico-sanitárias no mercantilismo, a Polícia Médica de J. Peter Frank (na verdade referente ao cameralismo alemão, versão do mercantilismo naquele país), abre espaço para a concepção de uma Medicina Social, caracterizada na França pela utopia de uma sociedade livre de doenças, porque livre dos fatores patogênicos presentes na própria estrutura social que se procura derrubar.

A partir deste momento, não se pode mais pensar a saúde do indivíduo em separado da condição de salubridade geral. Mais importante do que isto, há consenso quanto à relação entre pobreza, saneamento precário, condições de trabalho e de moradia, e a ocorrência de doenças. Também há consenso quanto ao fato de que, abandonadas à própria sorte, aquelas parcelas da sociedade mais susceptíveis às doenças por estarem submetidas a piores condições de vida, deixarão de fornecer a força de trabalho necessária à manutenção e à ampliação da atividade produtiva. Por conseguinte, colocam em risco o conjunto da sociedade, seja pela disseminação da doença, seja pela diminuição da produtividade, seja pela desagregação social conseqüente.

A politização do campo médico ocorre em torno dessas questões e a emergência da pobreza no campo político, desde a Revolução Francesa, acaba por determinar uma articulação mais decisiva da prática médica com os diversos projetos de reorganização social. Neste aspecto, a Medicina Social francesa e a Reforma Médica alemã devem ser entendidas como projetos de reforma social que têm, como base, um envolvimento diferenciado da Medicina com o todo

social, assim como a própria transformação da Medicina em uma ciência do social.

Esta formulação totalizante aparece claramente no editorial do primeiro número do jornal "Reforma Médica", escrito por Virchow, eminência médica e um dos principais militantes do movimento revolucionário que então crescia na Alemanha: ***"A Reforma Médica surge no momento em que a derrubada de nossas velhas instituições políticas ainda não se completou, mas em que por todo lado planos estão sendo feitos e passos estão sendo dados na direção de uma nova estrutura política. Que outra tarefa poderia então ser mais natural do que participar da destruição final das velhas ruínas e da construção de novas instituições? Tempestades políticas difíceis e violentas como as que desabam sobre a camada pensante da Europa, estremecendo até às bases todos os elementos do Estado, indicam mudanças radicais nas concepções de vida que predominam. Neste quadro, a Medicina não pode ser a única a permanecer inalterada; ela não pode mais adiar sua reforma radical"***. Mais adiante: ***"A Medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a Medicina em grande escala"***. (Virchow, apud ROSEN, 1980: 80)

Com a derrota do movimento revolucionário, os projetos de intervenção médica no âmbito coletivo voltam a se desenvolver nos limites das ações de saneamento e das prescrições da Higiene, o que significa conceber um objeto da prática que não se confunda mais com a totalidade social mas que, por estar nela contido, deve ao se transformar em produto, satisfazer demandas referidas não exatamente ao conjunto da sociedade, mas à sua estrutura produtiva, tendo em vista agora a sua preservação.

É neste sentido que o campo da Higiene, como saber e como prática, adquire grande proeminência, pois, ao prescrever normas de preservação da saúde, atua como reprodutora de uma dada formulação do conceito de saúde e na divulgação de conhecimentos que, emergindo do campo mais restrito da Medicina, ganham, através da Higiene, uma aplicação leiga. Uma vez que a

Higiene, entendida como campo de conhecimentos e práticas referentes à conservação da saúde, está presente na história da humanidade desde seus primórdios, a especificidade que adquire agora deve ser elucidada. Se desde Willian Petty, as prescrições da higiene são parte indissociável dos projetos de intervenção do Estado sobre as condições de saúde pública, formulações que adquirem seu conteúdo mais abrangente e acabado na Polícia Médica de Frank, pode-se considerar, como Sigerist (citado por AROUCA, 1975), que esta seja uma higiene praticada "desde arriba", por seu caráter impositivo, regulamentador e tendo como finalidade o aumento do poder de Estado.

A mudança da relação estado-sociedade referente à transição para o capitalismo e a fundamentação liberal da ideologia que dá suporte à estrutura social nesse modo de produção, depositam na educação do indivíduo as esperanças de superação de sua condição de vida.

Os homens seriam doentes, em grande parte, por serem ignorantes quanto ao modo de preservar a própria saúde. A higiene adquire, desse modo, a forma como a conhecemos, de educação para a saúde, e veicula seus ensinamentos através de numerosas publicações e ações (em geral filantrópicas), de caráter pedagógico. Ensinar ao povo medidas higiênicas faz parte do ideal liberal de constituição do indivíduo socialmente adequado. Seria assim uma higiene "desde abaixo", segundo Sigerist (citado por AROUCA, 1975).

O aspecto a ser ressaltado aqui é o da abrangência das prescrições higiênicas que vão, pouco a pouco, passando da relação mais genérica homem/ambiente para as relações mais específicas indivíduo/sociedade, indivíduo/indivíduo, ambiente/sociedade, estado/sociedade, envolvendo toda relação humana e capilarizando-se entre elas.

Ao tematizar a própria condição humana, a Higiene o faz segundo dois planos que se interceptam, sem incluir outros planos determinantes da condição humana na sociedade industrial do século XIX. Um dos planos é o das interações biológicas/naturais, tomando o homem como ser vivo em relação com o ambiente, entendido como espaço onde ocorrem fenômenos naturais (físicos,

químicos, biológicos) que possam afetar a saúde do homem. O outro plano é o da moral, entendida como a consciência do papel social adequado à sociedade industrial. Neste sentido, a moral higiênica implica na aceitação da própria condição social, em uma submissão voluntária dos desejos a uma "vontade geral", a do bem comum, tendo o Estado como depositário dessa alienação dos desejos individuais e representante da vontade geral.

ROSEN (1980), ao apontar a abrangência do campo da higiene para os higienistas alemães do fim do século XIX, cita como exemplo dessa abrangência, um trabalho de autoria de Eduard Reich, publicado em 1870. Em seu "sistema de higiene", Reich considera que ela é a teoria do bem-estar e da saúde, **"... a filosofia, ciência e arte da vida saudável para o indivíduo, a família, a sociedade e o Estado. Sua corrente tem três nascentes: a primeira vem da filosofia prática, a segunda da Medicina, e a terceira da ciência social. A higiene moral é uma aplicação da filosofia prática, a higiene social é uma aplicação da ciência social e a higiene dietética (assim como a climática) e policial são aplicações da Medicina"**. (ROSEN, 1980: 108) O livro é dividido nos seguintes temas:

1- Higiene Moral: Atos Morais; Paixões, Vida Intelectual; Educação; Religião e Moralidade.

2- Higiene Social: População; Crescimento; Trabalho e Pobreza; Origens da Pobreza; Efeitos da Pobreza; Formas de Pobreza; Ação Cooperativa; Caridade.

3- Higiene Dietética: Nutrição; Cuidados com a pele; Vestuário; Limpeza e Cosméticos; Ginástica; Viagens; Os Sentidos, Sono e Reprodução; Habitação; Clima.

4- Higiene Policial: Departamento de Saúde; Lei de Saúde; Controle Sanitário das habitações; Controle das Epidemias (ROSEN, op cit)

Nota-se, pela abrangência e pelas subdivisões, que pouco escapa desse plano mais geral das atribuições da Higiene. Ao contrário, é fácil perceber que os problemas que se colocam para a vida do homem são problemas

higiênicos, faltando apenas uma operacionalização dos preceitos para a completa higienização da sociedade. Por outro lado, como conhecimento que, se aplicado, aparece como potencialmente eficaz, a Higiene inclui entre seus ramos a própria Medicina, no controle das Epidemias, nesse momento em que é perceptível uma disputa de hegemonia entre campos disciplinares que tematizam o social. É interessante notar a perspectiva de Reich quanto à filosofia e à ciência social, como se a prática da filosofia (ou a filosofia prática) se referisse ao âmbito dos preceitos morais, e a prática da ciência social se referisse à organização racional das relações sociais.

Afrânio Peixoto, eminente higienista brasileiro, em 1913, já separa com nitidez os campos da Higiene e da Medicina. Considerando a evolução da Higiene em quatro ciclos históricos, conceitua-os da seguinte maneira:

I- Ciclo religioso: Terror do doente e da doença. A doença é castigo e punição.

II- Ciclo médico: defesa do doente contra a doença. A doença é dano e perigo individual: o doente é, porém, digno de piedade.

III- Ciclo profilático: defesa do são contra o doente (assistência ao doente como obrigação social e isolamento).

IV- Ciclo econômico: extinção da doença. ***“Esta fase, que é a de agora e será principalmente a de amanhã, separa definitivamente, a Higiene, da Medicina; esta se ocupará de remediar as consequências da infecção e dos acidentes lesivos à saúde; a outra, simples departamento da Biologia, estatuirá as leis de manter a saúde, a despeito da variedade e da mudança dos meios.”*** (PEIXOTO, 1913: 9)

Tendo adquirido grande proeminência social, a higiene apoia-se principalmente em sua capacidade de organizar o espaço social para a reflexão. Com a descoberta de Pasteur, confirmando a possibilidade dos micróbios serem agentes causadores de doenças, a Higiene recebe, antes da Medicina Clínica, um ponto de apoio para boa parte dos saberes e práticas que já vinha utilizando. Note-se que a “constituição epidêmica”, formulação com que trabalha a Higiene

até o pasteurismo, carrega consigo a idéia de um conjugação de fatores (ambientais, morais, atividade física) sem uma hierarquia mais precisa que possa priorizar campos de estudo e ações sanitárias. Não há, desse modo, possibilidade de um controle sistemático e lógico, experimental, dos nexos causais.

Pasteur propicia à Higiene dois pontos de apoio fundamentais para seu desenvolvimento 1- o micróbio, ponto de interseção dos nexos causais: sem micróbio não há doença, embora outras condições sejam necessárias mas não suficientes para sua ocorrência; 2. o laboratório, modelo de produção de uma racionalidade experimental. Ora, os médicos não vêem em Pasteur alguém capacitado a falar sobre a doença, assim como não têm ainda no laboratório um instrumento de trabalho. Assim, os primeiros médicos a utilizarem a descoberta de Pasteur na prática são os cirurgiões, no controle da infecção cirúrgica. Mas os cirurgiões já tinham em Semmelweiss e Lister os caminhos abertos para a antisepsia.

Para que a prática médica possa se beneficiar como um todo do caminho aberto por Pasteur, vai ser necessária a articulação do conhecimento produzido nos laboratórios e transferidos para o hospital e para as clínicas e consultórios, com a observação distante (mais uma vez) das faculdades de medicina. O próprio Pasteur funda seu instituto em base privada, fora da faculdade, do hospital e desvinculado do Estado, de modo a produzir os experimentos com maior autonomia. A aplicação imediata destes era feita no próprio Instituto, que abrigava uma área clínica experimental.

Esse modelo de desenvolvimento de conhecimentos científicos e de aplicação prática vai ter grande repercussão na constituição do campo da Saúde Pública, como veremos mais adiante. De imediato, é importante ressaltar que a Constituição da Saúde Pública como Setor do Estado responsável pelo controle sanitário vai-se estruturar em torno da forma de elaborar os problemas sanitários inaugurado por essa racionalidade que estabelece articulações entre conhecimentos científicos da biologia (laboratório), as necessidades de

intervenção conceptualizadas (doenças, microorganismos, vetores, sociedade) e o Estado, permitindo a este a organização e o planejamento das ações.

Rosen aponta um trabalho de Behring sobre a terapia etiológica das doenças infecciosas, em que ele, mesmo considerando o mérito das abordagens sociais de Virchow na determinação das doenças, entendia que agora, **“... de acordo com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sobre política social.”** (Behring, apud ROSEN, 1980: 79)

No desenvolvimento das práticas relativas à saúde, na articulação que estabelecem entre si e com o conjunto das práticas sociais, há a partir de então uma especialização dos campos de atuação ficando para a Higiene a atuação mais diretamente pedagógica; as ações sanitárias, restritas ao âmbito do que se convencionou chamar de Saúde Pública; e a prática médica, embora identificada com a assistência médica individual, presidindo e sancionando, pelo crivo de sua teoria das doenças, os limites e as atribuições das outras práticas. Na constituição das práticas percebe-se a definição mais clara dos objetos das práticas, os trabalhos, os meios, os instrumentos, as instituições. As práticas de Higiene e de Saúde Pública (sanitárias) vão aparecer socialmente como especialização da prática médica, embora os campos disciplinares não se superponham. Mas, não por acaso, as eminências desses campos disciplinares serão médicos, assim como serão médicos os que ocuparão, até hoje, os cargos de controle das instituições acadêmicas, científicas, políticas e administrativas específicas desses campos de práticas.

Na constituição das práticas sanitárias, dada a natureza do objeto que se apreende de necessidades postas coletivamente, desenvolve-se a Epidemiologia como principal instrumento de trabalho, como tecnologia que permite tanto a apreensão do objeto, como sua manipulação e a própria aferição do produto desejado. Como produção de saberes relacionados aos fenômenos coletivos, a Epidemiologia constitui-se em campo de elaboração científica,

utilizando-se dos conceitos de normal e patológico da clínica, na definição do que deve ser considerado como saúde ou doença no plano individual. Mas como aponta Mendes Gonçalves, ***“... não é nunca o caso individual da doença que lhe interessa, a não ser por seu significado indicativo de um conjunto..... . Em outros termos, a Epidemiologia permite primeiro transformar uma necessidade socialmente expressa em um conjunto de conceitos estruturado, coerente e lógico, capaz de presidir, orientar, organizar sua apreensão intelectual objetiva; passa então, sob a guia desse conjunto conceitual a descrever um dado fenômeno (os perfis de morbidade e mortalidade) coletivo, depois a explicá-lo causalmente, depois a prever seu desenvolvimento tendencial...”*** (MENDES GONÇALVES, 1986: 132)

Temos então, para a prática, instrumentos de captação de necessidades (objetivação), e de sua descrição (diagnóstico); temos também instrumentos que permitem, correlacionando as informações disponíveis e as condições em que ocorrem os fenômenos, escolher as formas de intervenção, consubstanciadas nas ações sanitárias de controle do meio ambiente, identificação de agentes patogênicos, erradicação de vetores, vacinação etc.

Ocorre que, em se tratando de uma estrutura social capitalista, e dada a característica das práticas estruturadas de reproduzirem essa estrutura, a Epidemiologia, como saber que preside as práticas sanitárias, vai proceder a uma dada leitura das dimensões sociais de seu objeto. Leitura esta que, sem desfazer totalmente as diversas relações do objeto com seus determinantes sociais, transforma-os em fatores (ambientais, sociais, econômicos), a exemplo da clínica, o que permite instrumentalizar e justificar ações pontuais de controle, sem que se coloque em cheque a própria estrutura social.

É neste sentido que Mendes Gonçalves entende que é ***“... esta maneira restrita (de apreensão e tratamento do objeto) que permite a ela (Epidemiologia), nas condições do modo de produção capitalista, dar conta adequadamente de suas funções, de vez que oferece alternativas satisfatórias para, ao mesmo tempo, obscurecer os nexos através dos quais***

a estrutura social produz a saúde e a doença, por um lado, enquanto por outro efetivamente manipula a saúde e a doença de modo eficaz em relação àqueles... (MENDES GONÇALVES, 1986: 133)

Ao manipular a saúde e a doença coletivamente de modo duplamente eficaz (descrevendo os fenômenos e dando o sentido da intervenção, mas de modo a sustentar e reproduzir a estrutura social), a Epidemiologia e as práticas sanitárias por ela informadas atuam também com funções supra-estruturais, conforme aponta MENDES GONÇALVES, ao considerar as práticas de saúde em geral como estruturadas basicamente em torno do controle social: ***“produção de uma cultura sobre os fenômenos com os quais trabalha que legitima sua forma histórica de existência como necessária.”*** (MENDES GONÇALVES, op cit: 133)

Por seu lado, a constituição do campo da Higiene faz-se em torno da idéia, conformada desde o Iluminismo, de que muitas das mazelas que afetam as pessoas se deve à sua ignorância com relação aos hábitos de vida mais adequados. Como vimos, a adequação, aqui, refere-se a uma ampla gama de comportamentos, que devem ser conformados a partir de conhecimentos científicos, e inculcados nas pessoas, sem distinção de classe, sexo, idade, etc., em uma missão civilizadora. Neste movimento, a Higiene propõe-se a substituir dois referenciais básicos das representações sobre doença, saúde e sua conservação: de um lado, os preconceitos dos saberes tradicionais, veiculados pela Igreja ou engendrados nas camadas populares, saberes esses que fundamentam o trabalho de benzedeiras, comadres e outros curadores; por outro lado, superar uma leitura naturalística da saúde e da doença, vinculada à tradição hipocrático-galênica, substituindo-a por preceitos oriundos da ciência. Neste aspecto, a ciência surge como força superior à tradição e capaz de transformar a natureza em benefício do homem. A natureza aparece para a higiene ora como objeto a ser manipulado, ora como suporte para a vida saudável.

Ao finalizar a discussão sobre a constituição da prática médica como sujeito e objeto da transição da estrutura feudal para a estrutura do modo capitalista de produção, privilegiando na análise a conformação do objeto de trabalho, a constituição mesma do trabalho médico como profissão e as relações que estabelece com outras práticas, pela inserção supra-estrutural e infra-estrutural, devo deixar claro que este caminho e esta tematização são definidos pelo método de estudo escolhido. Com isto quero dizer que, apesar da escolha do método decorrer de sua capacidade explicativa do fenômeno, tenho claro que outras abordagens complementares seriam necessárias para superar as limitações do próprio método histórico-estrutural.

Não me aprofundi, até aqui, no estudo da conformação das mentalidades presentes nas sociedades a que se aludiu, assim como não dei destaque às manifestações de âmbito mais cultural em que se situam muitas das questões relevantes para este tema. De alguma maneira, isto pode ser remetido para as práticas supra-estruturais, principalmente ideológicas, mas não se deve confundir mentalidade, cultura e ideologia, embora para o método utilizado elas possam ser tomadas limitadamente pela relação que estabelecem entre os indivíduos em sociedade. Exatamente por isso é que, para o estudo da constituição da prática pediátrica como especialidade da prática médica, lançarei mão de autores que fazem uma leitura diferente da emergência das práticas sociais referentes à criança, explicando-as pela ótica de uma história das mentalidades, das idéias, dos sentimentos, dos gostos, das vontades, enfim, da permanência ou dos embates desses aspectos do ser humano em sociedade.

Neste sentido, não se abandona a determinação político-econômica das práticas e das ideologias, mas passa-se a considerá-la com um certo distanciamento, para que emergjam para análise as mudanças situadas no âmbito

daquelas manifestações, em uma aproximação com os sentimentos individuais e coletivos, com os costumes, com o dia-a-dia da sociedade. Na concepção de Donzelot, trata-se de identificar ***“um campo de práticas que podem ser considerados como diretamente portadoras das transformações que se procura analisar, evitando essa clivagem infinita entre política e psicologia”*** (Donzelot, 1986: 12)

**PARTE II: PEDIATRIA E PUERICULTURA: A MEDICINA E
AS PRÁTICAS DE CONSERVAÇÃO DAS CRIANÇAS**

1. Puericultura: Prática Médica, Higiênica e Pedagógica

Não se pode entender o surgimento da Pediatria e da Puericultura sem que se considere a relevância que passa a ter a criança nas sociedades desde fins da Idade Média. É por esse motivo que a periodização estabelecida neste trabalho, no que tange à conformação da prática médica moderna, tendo como “momento inaugural” a Medicina das Espécies, embora pressuponha alguma arbitrariedade, é adequada ao seu desenvolvimento, pois também as práticas sociais que tomam as crianças como objeto sofrem uma inflexão mais ou menos à mesma época.

Mas, em se tratando de práticas que visam basicamente conservar a vida das crianças, e sendo a criança dependente de uma série de cuidados específicos que se desenrolam em geral no âmbito da família até o momento em que passa a ser tratada como adulto, essas práticas são conformadas em um âmbito doméstico-privado, no que guardam especificidades com relação às práticas mais diretamente vinculadas à estrutura produtiva. É neste aspecto que apontamos para uma mediação mais decisiva na conformação dessas práticas, estabelecida pelas mentalidades, a cultura e os sentimentos, dimensões da existência humana que têm um tempo e um desenvolvimento próprios, não coincidentes com as transformações por que passa o modo de produção.

Porém, para se considerar essas dimensões no quadro referencial que optamos por trabalhar, deve-se entender que ao se afirmar a não coincidência dos tempos, não se está autonomizando as mentalidades, a cultura e os sentimentos com relação à estrutura social, mas apontando para a necessidade de incluí-los como também determinantes das práticas que se procura analisar. E aqui faltaria definir se as determinações econômicas continuam como as preponderantes, isto é, determinações em última instância, ou se pode haver, em algum momento e em alguma situação concreta, uma determinação em última instância da cultura, por exemplo, com relação a alguma prática específica. Dado o referencial teórico adotado, não há como escapar de

considerar que tanto a mentalidade, como a cultura e os sentimentos serão influenciados ao longo do tempo pelas transformações do modo de produção, pela própria dinâmica de constituição e de desenvolvimento das distintas formações sociais.

Assim, mentalidades, culturas e sentimentos são preservados em alguns aspectos e transformados em outros, mas de modo geral deixam suas marcas impressas nos próprios indivíduos, em grupos, em classes, em países e regiões, que podem ser recuperadas na materialidade de algumas manifestações, sejam artísticas, sejam institucionais, sejam em inferências que se fazem, por exemplo, ao se contextualizar documentos. E na consolidação da estrutura social referente ao modo capitalista de produção, é notável o surgimento de práticas e instituições específicas para lidar com aspectos da cultura, das mentalidades e mesmo dos sentimentos, com certeza significando uma superação das formas anteriores de inclusão dessas esferas da existência humana na vida em sociedade.

Ao se apontar então a mudança no sentimento de infância, na relação do adulto com a criança a partir de fins da Idade Média como faz ARIÈS (1981), estamos nos atendo a manifestações principalmente culturais, que indicam o fenômeno, sem estabelecer diretamente uma relação com mudanças estruturais no modo de produção feudal.

Ariès identifica, em fins do século XIV, através da análise da produção artística, literária e iconográfica, o surgimento progressivo da criança nessas manifestações. Associa a isso uma intenção, cada vez mais presente, de se evitar a morte da criança e de preservá-la para a vida. Trabalhando no plano das mentalidades e dos sentimentos, avalia que a mudança principal se dê nesse plano, e que o novo sentimento não se refira exatamente a um aumento da afetividade, mas à percepção de uma certa particularidade infantil, “... **essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto**”. (ARIÈS, 1981: 156).

Dado que a família medieval estava constituída em torno de uma solidariedade entre os participantes de uma mesma linhagem, e dado que a representação sobre a fonte de vida era a Terra, donde provinha a sobrevivência de todos, o ciclo da vida era percebido como um eterno retorno ao ponto de partida: **“... a terra-mãe estava na origem de toda forma de vida; era um viveiro inesgotável que assegurava a renovação das espécies e particularmente da espécie humana. Ano após ano a natureza representava a mesma peça; as estações se sucediam sem cessar e o mundo seguia esse movimento sem fim.”** (GÉLIS 1991: 311).

Neste movimento circular, a consciência do próprio corpo não tinha muita autonomia com relação ao corpo da linhagem, que deveria ser preservado a todo custo. Dispõe-se do corpo na medida em que não se contrarie a linhagem.

Para GÉLIS, **“... a criança era considerada um rebento do tronco comunitário, uma parte do grande corpo coletivo que, pelo engaste das gerações, transcendia o tempo. Assim, pertencia à linhagem tanto quanto aos pais. Neste sentido, era uma criança pública”**. (op cit: 313). A criança era, desse modo, cuidada por todos, embora demandasse a mãe com maior ênfase durante os primeiros anos de vida.

Na sociedade feudal, a inserção social da família dava-se basicamente através do chefe da família, estabelecendo relações de dependência com grupos ou blocos que se constituíam, por exemplo, em torno de uma mesma religião, uma mesma rede de solidariedade, vinculada a uma comunidade aldeã, ou em torno das corporações de ofício. Durante a transição para o mercantilismo, com os Estados Absolutistas, mantém-se essa vinculação até que as corporações e as redes de solidariedade sejam substituídas por outros tipos de vínculo, o que ocorre mais rapidamente nas cidades.

Nessa forma de inserção, o chefe da família responsabiliza-se pela obediência dos seus membros à ordem pública, sendo nisto apoiado institucionalmente pelo Estado.

Esta dependência mútua e direta entre família, através de seu chefe, e Estado, dá àquele poderes discricionários, que lhe permite decidir sobre os deveres e obrigações de todos os seus dependentes, a carreira dos filhos, o emprego dos aparentados pelas corporações, os matrimônios, etc.

A mudança operada nas relações familiares, inicialmente nas famílias burguesas urbanas, é no sentido de garantir uma maior privacidade, diminuindo sua permeabilidade às relações sociais, instituindo uma separação mais nítida entre o privado e o público. A família reduz seu tamanho, desaparecem os agregados, os lares comportam menos serviçais, os papéis se especializam. O pai é reforçado como chefe da linhagem, ao passo que a mulher se depara com uma alternativa: manter-se como a mãe tradicional, englobando as funções de reprodução e criação dos filhos, ou acompanhar o marido na atividade social, mesmo que tenha de enfrentar críticas a esse comportamento: **"se os pais desprezam as críticas, é porque outros valores, diferentes daqueles do mundo rural... impõe-se ao mundo urbano"** (GÉLIS, op cit: 320)

Mas a maioria dos pais sente-se gratificada pela convivência dos filhos em casa, e essa satisfação demonstra o prazer de desfrutar sua companhia. O exagero aqui é também condenado, pois se critica a **"paparicação excessiva"**, o submeter-se aos desejos e caprichos das crianças: **"foi com muita sabedoria que a natureza inspirou aos pais o amor pelos filhos; todavia, se a razão não modera com extrema circunspeção essa afeição natural, ela facilmente degenera em excessiva indulgência. se uma criança foi habituada a ter plena liberdade de fazer tudo o que queria quando estava nas fraldas, por que acharíamos estranho que pretenda gozar do mesmo privilégio e lance mão de tudo para mantê-lo quando passa a usar calças?"** (John Locke, "Da educação das crianças", 1695 apud GÉLIS, 1991: 322)

Começa a ficar difícil "acertar a mão" na educação das crianças. Teme-se que, com o caráter cada vez mais familiar da educação, esta se desvirtue por um excesso de afetividade, onde se perderia a racionalidade necessária para o seu êxito. No discurso ilustrado, deve-se substituir a natureza

da criança (seus instintos, suas birras, seus desejos insaciáveis) por um comportamento racional. Acresça-se a isso, os conhecimentos necessários para o bom exercício da vida adulta já fogem da competência dos pais. A família passa a ser responsável pela educação dos hábitos, dos valores, e da moral; a escola vai fornecer a socialização e a ilustração (matemática, filosofia, história, geografia etc.). **"Colocar na escola equivale a tirar da natureza"**. (op cit: 320)

No esteio da mudança da estrutura familiar e de suas relações internas e externas, e fundado nas teorias iluministas, um grande conjunto de discursos dirige-se à família apontando a melhor maneira de cuidar da criança, à partir dos quais se desenvolvem práticas que têm como meta a criança e a família.

Esses discursos e práticas, em seu conjunto, têm como característica comum estabelecer vias de mediação entre a responsabilidade familiar e a responsabilidade pública, redefinindo papéis e, em última análise, recriando o "espaço social", que vai-se ampliando com a retração da família em direção a privacidade, e com a retração do Estado em torno de suas novas funções. Há, portanto, uma substituição gradativa do antigo vínculo família-Estado, baseado em leis e sanções rígidas, por um esquema de normas de convivência onde a liberdade individual esteja limitada pela liberdade do outro, onde o Estado intervém apenas ali onde é necessária uma repressão mais decisiva, onde caberia, em última instância, o uso da força.

Na concepção de GRAMSCI (1985), com a emergência dos diversos interesses organizados em forma de pressão de demandas sobre o Estado, este deixa de ser exclusivamente uma instituição que representa apenas o interesse da classe dominante, segundo a concepção de Marx, passando a dialogar com atores sociais diversos. O Estado, assim, pode ser entendido como um Estado ampliado, pois funções antes desempenhadas pelo Estado ou pela Igreja passam a ser desenvolvidas por uma sociedade civil organizada, e a hegemonia da classe dominante tem que ser constantemente recriada através de concessões, em busca de um consenso que permita a manutenção da estrutura social.

A "sociedade civil organizada", junto com o "Estado-coerção", constitui o "Estado ampliado", cumprindo a sociedade civil uma função supra-estrutural decisiva. A busca de consenso, embora tenha uma conotação preponderantemente ideológica, pois significa que haja consenso em torno de valores e normas, deve apoiar-se em bases materiais, entendidas aqui como mudanças concretas no acesso do conjunto da população a bens ou serviços, assim como a parte da renda, por meio dos salários. (COUTINHO, 1989: 49)

Na fase nascente do Estado capitalista, o estabelecimento do consenso, a necessidade de sua recriação constante, vai engendrar formas de atuação da sociedade organizada que dependem de iniciativas situadas no âmbito privado, iniciativas essas que significam uma superação do antigo "dom" da caridade. A filantropia aparece como forma moderna do exercício da solidariedade, e se contrapõe à caridade na mesma medida em que os filantropos se contrapõe à antiga ordem social. A máxima da filantropia, "ensinar à pescar ao invés de dar o peixe" expressa a distância entre o dom da nobreza (caridade) e o exercício responsável da função social na nova ordem. Os filantropos são burgueses que tem uma consciência de classe, uma concepção de sociedade dinâmica e que acreditam na capacidade de cada indivíduo superar as adversidades pelo próprio esforço. Há uma relação de contiguidade entre a Higiene, a pedagogia e a filantropia, de modo que as práticas filantrópicas constituem-se em vetores fundamentais das práticas higiênicas e pedagógicas: como promover a reprodução e a conservação da população necessária ao modo capitalista de produção sem que o Estado intervenha diretamente nesse processo? Ou então, que instituições e mecanismos devem ser criados para esse fim, que não estejam diretamente ligados ao Estado, e que sejam, apesar disso, vetores, de uma mensagem ideológica, de dominação, pacificação e integração social? DONZELOT (1986) responde: através da Filantropia. A Filantropia vai preencher o vazio existente entre a sociedade demandante e o Estado mínimo não intervencionista. A estratégia de ação da Filantropia permite cumprir com aqueles requisitos necessários ao Estado Liberal, pois na medida em que tem sua

origem na sociedade civil, aglutinando diversas camadas da sociedade burguesa em torno de um ideal de prestação de serviços aos necessitados, estabelece condições para sua ação e carrega consigo normas e regras de comportamento em sociedade.

Segundo DONZELOT, a Filantropia articula-se com o Estado e a sociedade em dois pólos complementares: um "pólo assistencial" que remete para a esfera privada as demandas originalmente formuladas ao Estado em termos de direitos ao trabalho e à assistência; e um "pólo médico-higienista" que não tem como objetivo exatamente impedir a expansão do Estado Liberal à fim de satisfazer demandas, mas sim dar suporte às decisões de onde intervir para evitar o risco de degradação da sociedade por processos de enfraquecimento físico e moral.

O "pólo assistencial" expressa-se, por exemplo, na contribuição às caixas de trabalhadores, à fim de suportar (em parte) o desemprego e situações de dificuldades, substituindo as antigas corporações nesse papel, mas cobrando um tipo de gestão das caixas compatível com a nova moral. A ideologia liberal, ao apostar nas liberdades individuais, na família como instância fundamental de garantia daquelas e no mercado como mecanismo regulador das relações sociais e das oportunidades, propõe a poupança privada como forma de exercer essa liberdade, uma vez que a poupança dá garantias de independência (pelo menos por algum tempo) nos momentos de dificuldade individual (o trabalhador) ou coletiva (família). Assim, as contribuições são vinculadas a mecanismos de poupança, inserindo uma nova moral na gestão das caixas pelos trabalhadores. A assistência às famílias carentes se faz baseada em critérios de conduta moral da família.

O "pólo médico-higienista", por outro lado, expressa-se pela preocupação com a educação, saúde e criação das crianças, com as condutas e hábitos saudáveis para a família e os indivíduos, através de uma pregação moral que busca redefinir o papel da família e de seus componentes para melhor cumprirem com sua função social.

Articula-se desta forma a nova atividade reguladora dos comportamentos sociais. Ao invés de leis e mecanismos imediatamente repressores, surgem normas e regras de conduta, funcionando a condenação moral dos indivíduos e das famílias como principal mecanismo repressor dos “desvios”. Sob outro aspecto, esse conjunto de práticas visa “... **transformar uma questão de direito político em questão de moralidade econômica: já que não há, de direito, hierarquia social, já que o Estado não é mais o cume de uma pirâmide de opressões feudais, já que, em relação a ele, somos todos formalmente iguais, não deveis reivindicar, de direito, vosso encargo pelo Estado, mas também não tendes razões para recusar nossos conselhos, pois já não são mais ordens. Ao invés de um direito à assistência do Estado, (.....), nós forneceremos os meios para serdes autônomos através do ensino das virtudes da poupança e, de nossa parte, o mínimo direito será sancionar, através de uma tutela cuidadosa, as demandas de ajuda que ainda poderíeis solicitar, já que elas constituiriam o indício flagrante de falta de moralidade**”. Resumindo: “... **conselho eficaz em vez de caridade humilhante, e norma preservadora no lugar de repressão destruidora**”. (DONZELOT, 1986: 56)

O que nos parece fundamental é apontar em que bases a sociedade e o Estado se transformam para dar suporte a uma nova forma de relações sociais que permitam a emergência e a expansão do novo modo de produção. Também, qual o papel da criança nesse processo, no que ele se diferencia do anterior, e como o Estado e a sociedade se desencumbem da tarefa de construir esse novo papel. Mais do que isso, como se estruturam as ações de preservação das crianças e especificamente que tarefas se impõe à Medicina e como estas se desenvolvem e modificam historicamente.

Retomemos à partir daqui a construção da criança e da família na sociedade em transição para sua conformação moderna. É necessário agora já fazermos uma abordagem distinta das famílias e das crianças segundo sua inserção social, pois é à partir dessa distinção que se pode apreender a

constituição de práticas específicas, relativas às diferentes inserções sociais das famílias.

Como já foi dito, o tema da conservação das crianças adquire grande projeção à partir de meados do século XVIII. Isto é expresso pela pregação dos moralistas, mas também pelo início da publicação de obras literárias sobre o assunto. Entretanto, o problema da conservação das crianças não era (como não é) o mesmo para qualquer criança. A conservação das crianças das famílias mais ricas dependia de um tipo de abordagem, com um dado objetivo, ao passo que a conservação das crianças das famílias pobres (ou sem família, numerosíssimas) prendia-se a outra abordagem e outros objetivos.

Em fins do século XVIII e início do XIX, a mortalidade infantil era bastante alta. Os médicos (e de resto todos os que se preocupavam com o assunto) identificaram uma clara relação entre mortalidade infantil e falta de cuidados maternos, expressa pela não amamentação ou o abandono puro e simples da criança. A prática de confiar a amamentação a nutrizas contratadas era bastante comum, sendo que aí também já incidia uma diferenciação social: as famílias mais abastadas podiam dispor de suas nutrizas no domicílio, enquanto que as famílias cujas mães também trabalhavam (artesãs, comerciantes), enviavam seus filhos às nutrizas, às vezes residentes em outra cidade. Um próspero negócio de agenciamento de nutrizas é impulsionado por esse hábito, importando nutrizas do campo ou levando crianças para nutrizas no campo, que às vezes se encarregavam de 3 a 4 crianças simultaneamente (incluindo seu próprio filho). A mortalidade maior evidentemente ocorria entre as crianças deixadas ao cuidado de nutrizas distantes, incluindo-se aí as que provavelmente morriam no trajeto. Como o pagamento era feito periodicamente através do agenciador, muitas das mortes eram escondidas das famílias à fim de se manter o pagamento. (DONZELOT, 1986)

Estimava-se nessa época que a mortalidade de crianças amamentadas por nutrizas distantes atingia dois terços do total de crianças, e

entre as crianças amamentadas por nutrizes residentes próximas às famílias, um quarto do total de crianças. (op cit.)

Um outro tipo de problema evidenciado pela alta mortalidade infantil era o abandono de crianças. Entenda-se que esse abandono era suportado por instituições de caridade ou mesmo oficiais, em geral asilos, aos quais se confiava a guarda de crianças nascidas de uniões eventuais, ou mesmo gravidez indesejada. Um mecanismo conhecido como “roda” permitia a preservação da identidade da mãe (ou de quem levasse a criança ao asilo). Tratava-se de um cilindro que girava em torno de um eixo vertical, com uma fenda; através da qual se colocava a criança dentro do cilindro e este, ao ser rodado expunha à parte interna do asilo, onde alguém a recolhia. Estimava-se que a mortalidade dentro dos asilos superava a metade do total de crianças deixadas para sua guarda, já primeiro ano.

Além destas, uma série de outras causas de mortalidade, “vícios” e doenças entre as crianças são entendidas como relativas às péssimas condições de vida de boa parte da população, ou ao desregramento das famílias burguesas e nobres. O enfrentamento destes problemas que resultam em uma grande perda de crianças, é feito através de uma mobilização das consciências em favor de sua conservação. Para os médicos, os educadores, os administradores, os filantropos, enfim, para todos os que se empenham em enfrentar essa situação, a conservação das crianças é um problema da família, dentro da concepção do Estado Liberal e da ideologia burguesa.

A crítica às famílias mais ricas dirige-se ao descaso destas para com a criança (cuidada por serviçais, amamentada por nutrizes), ao uso perdulário do corpo, à criação de vícios oriundos desta maneira de educar (ou abster-se de educar) os filhos. A moralização da família rica visava portanto uma “economia dos corpos” (DONZELOT), em favor do progresso social.

Já para as crianças filhas de famílias pobres, ou para as abandonadas, o problema é mais complexo, uma vez que boa parte das uniões eram ilegítimas, portanto nem mesmo o substrato da crítica (a família) está

constituído. Voltam-se então os moralistas contra o desperdício de crianças nos asilos, pois morrem muito antes de trazerem qualquer retorno social ou benefício ao Estado. Neste sentido, observam-se as primeiras ações concretas do que se chamou anteriormente de “pólo médico-higienista”, uma vez que para melhor estruturar os asilos, é necessário algum investimento do Estado. Trata-se aqui do que Donzelot denomina “economia social” (evitar a perda de indivíduos futuramente úteis ao Estado) em contraposição à “economia dos corpos” (uso adequado do corpo já constituído).

Complementando esta ação, passa-se a incentivar os casamentos legítimos exaltando-se o papel da mulher/mãe/esposa. A questão é que se as filhas de famílias ricas carregavam um dote para o casamento, qual seria o “dote” das filhas das famílias pobres? Ora, o trabalho doméstico, agora valorizado pela nova moral, e o renovado papel da mãe.

Então, para a conservação das crianças, para permitir seu pleno desenvolvimento, sua saúde física e moral, a possibilidade portanto de que se tornem úteis à sociedade e ao Estado, as instituições investem na readequação da família (extremidade rica) e na sua constituição adequada (extremidade pobre). Essa forma de enfrentar o problema mostra grande coerência com a proposta não intervencionista do Estado Liberal, uma vez que, como já se disse, devolve para a família pobre reivindicações de cunho sócio-político dirigidas ao Estado, ao mesmo tempo em que visa garantir a hegemonia da burguesia com a moralização das famílias burguesas.

É possível antever nesse breve resumo que a estratégia de construção e preservação da sociedade de classes atua mais no sentido de promover a integração positiva dos indivíduos, mas é evidente a necessidade de que isto seja complementado por medidas que modifiquem o direito privado, mesmo que aparentemente signifiquem uma diminuição das liberdades individuais. Assim, é criado todo um arcabouço de tutela sobre o comportamento da família e, principalmente, sobre sua responsabilidade na conservação das crianças. É neste sentido que o ensino básico é tornado obrigatório e surgem os

mecanismos de punição à família pelos maus-tratos à criança, e os de “reeducação” da infância “desviada”.

Como conseqüência, desenvolve-se toda uma nova atividade dependente de novas profissões, que se expandem muito à partir do final do século XIX: as profissões vinculadas à assistência social []. desnecessário dizer que essas profissões, assim como qualquer outra, só se constituem à partir do momento em que são sancionadas pelo Estado. Tratam-se dos assistentes sociais e educadores especializados; desnecessários.

Esses profissionais (e suas atividades) não estão centralizados em uma única estrutura, mas funcionam ligados a instituições já existentes: o judiciário, as instituições educativas, as instituições de assistência diversas. Não tem, portanto, uma unidade garantida pela sua vinculação, mas pela sua prática e seu objeto principal: as classes menos favorecidas. Como se vê em Donzelot: ***“No interior dessas camadas sociais eles (os profissionais) visam um alvo privilegiado, a patologia da infância na sua dupla forma: a infância em perigo, aquela que não se beneficiou de todos os cuidados da criação e da educação almejados; e a infância perigosa, a da delinqüência. Toda a novidade do trabalho social, toda sua modernidade consistiria justamente nessa atenção mais concentrada com relação aos problemas da infância, num questionamento conseqüente das antigas atitudes de repressão ou de caridade, na promoção de uma solicitude educativa sem fronteiras, visando mais a compreensão do que a sanção judiciária, substituindo a boa consciência da caridade pela busca de técnicas eficazes”***. (DONZELOT, op cit: 92)

Busca-se imprimir na educação da criança burguesa uma “liberação protegida”, através das normas de higiene e das atividades escolares, incentivadas por médicos e pedagogos em colaboração com as mães. As prescrições (passeios, exercícios, roupas adequadas, abandono dos preconceitos e medos, escolarização das meninas) empurram a criança “para fora” do modelo educacional anterior. Do outro lado, para a criança pobre, a mãe deve

empreender uma “vigilância das liberdades”, trazendo-a do abandono nas ruas para dentro da escola ou da casa.

Com o avanço da industrialização e o uso intensivo de máquinas movidas por energia a vapor, ocorre uma piora das condições de vida das mulheres e das crianças das famílias proletárias. Não havendo mais necessidade de força física para movimentar a máquina, a indústria passa a absorver todos os membros dessas famílias, inclusive os mais fracos, agravando as condições de vida de duas formas: o trabalho intensivo, de 12 a 14 horas por dia, com meia hora de descanso, em ambientes insalubres; o desmonte do mecanismo de suporte e reprodução da própria força de trabalho, a atividade doméstica executada em geral pela mulher, no lar.

Nesse momento, o discurso higiênico e moralizador demonstra com maior clareza sua contradição com as reais possibilidades de aplicação por parte daqueles a quem fundamentalmente é dirigido. Note-se que, nas primeiras décadas do século XIX, além da absorção da mão de obra feminina e infantil diretamente pela indústria, ocorre a redistribuição de tarefas, ainda manuais, para dentro das famílias, como a execução de bordados e trançados da manufatura têxtil. Esses trabalhos são agenciados por intermediários das indústrias, que contratam os serviços diretamente à família ou em “escolas de ofício” para meninas, que deveriam supostamente estar fornecendo ensino profissionalizante. Desta forma de trabalho, que se situa nas bordas do mercado de trabalho industrial, participam crianças desde os dois anos de idade, em condições de salubridade em geral piores do que as das indústrias. (MARX, op cit: 450). MARX estima que cada manufatura têxtil empregasse em média 3.000 trabalhadores domésticos à época, nas regiões em que estavam instaladas, na Inglaterra .

É urgente que se tomem medidas para a proteção das mulheres e das crianças, o que passa a ser a reivindicação principal dos movimentos operários organizados, muito antes que qualquer mudança concreta seja estabelecida com esse intuito. Nesse aspecto, a interpelação ao Estado é constante, tanto da parte dos trabalhadores que exigem sua intermediação, como

dos capitalistas, que reclamam a repressão dos movimentos pela força. A tímida resposta do Estado aparece inicialmente na forma de leis e regulamentos, que limitam a jornada de trabalho das mulheres, a faixa etária mínima para o emprego (formal) de crianças, a obrigatoriedade do fornecimento de escola para a criança trabalhadora, etc.

Essa rearticulação das relações entre família/sociedade/Estado, caracterizada aqui pela constituição de novas práticas sociais (assistenciais, médico-higienistas, sanitárias, educacionais-pedagógicas, jurídicas), constituem um suporte fundamental para as relações de classe, na estrutura social capitalista. Para Donnangelo, **"o processo amplo de controle dos antagonismos, visando mantê-los dentro de limites compatíveis com a reprodução da estrutura, expressa, em sua dimensão ideológica mais geral, a ênfase na unidade social negadora da existência da diferenciação básica entre as classes identificadas no plano das relações de produção"**. (DONNANGELO, 1976: 43). Em outras palavras, fruto do revestimento ideológico da contradição básica, consubstanciada na relação entre o proprietário dos meios de produção e o trabalhador, os antagonismos deslocam-se para a perspectiva de uma hierarquização das classes sociais, definida por sua capacidade de consumo diferenciado.

É nesse sentido que as práticas sociais aqui referidas podem ser percebidas como compondo uma estratégia de dominação, embora, evidentemente, não se resumam a isso. As chamadas políticas sociais, das quais trataremos mais adiante, têm aqui seu momento inaugural, correspondente à necessidade de responder a demandas colocadas progressivamente para o conjunto da sociedade e para o Estado, entendido como representante do interesse e da vontade comuns. Colocado assim no centro dos antagonismos, o Estado assume sua função reguladora das disputas, de sua expressão política e dos limites de legitimidade, incorporando de fato interesses imediatos das classes dominadas, no que preserva e amplia o caráter de instância representativa dos interesses coletivos, necessário para sua própria legitimação.

Dentre as práticas que emergem nesse momento histórico, e que tomam a criança como elemento central de sua preocupação, está a Puericultura¹. A importância da Puericultura para este trabalho deve-se ao fato de que, constituindo-se em um corpo de saberes muito amplo, consegue, entretanto, definir um recorte de outros campos disciplinares, tendo como objetivo estabelecer e divulgar a melhor forma de cuidar das crianças. Origina-se da intenção de substituir hábitos tidos como prejudiciais para a saúde física e mental das crianças, por comportamentos baseados na racionalidade científica e na moral superior das classes dominantes, atitude que, como vimos, faz parte da cultura ilustrada desde o século XVII. Seu principal alvo é a mortalidade infantil, que se mantém alta nas grandes cidades européias em fins do século XIX, aparentemente causando um início de despovoamento dos países em industrialização. Relaciona-se, por esse aspecto, com práticas de incentivo à procriação, centradas na valorização da mulher como mãe/esposa e na criação de subsídios materiais para as famílias numerosas.

Embora a Puericultura pretenda obter como resultado crianças saudias, futuros adultos saudios e úteis para a sociedade, o objeto revestido pelas práticas de puericultura é a consciência, as representações sobre a criança, desde seus atributos físicos e suas necessidades orgânicas, até os aspectos cognitivos e psíquicos. Como referência, porque meta a ser atingida, um adulto idealizado plenamente saudável, feliz e integrado positivamente à atividade produtiva da sociedade. Portanto, um adulto qualquer, que seja funcional à estrutura de classes, mas não qualquer adulto, pois a Puericultura não se coloca como meta a transformação da sociedade.

Esta dimensão ideológica da Puericultura é o que mais se destaca ao analisarmos sua forma de inserção como campo disciplinar e como campo de práticas assistenciais.

¹ Sobre a Puericultura, em sua dimensão ideológica (higiênica e pedagógica), ver Novacs, H.M.D.: A Puericultura em Questão. Tese de Mestrado, DMP/FMUSP, 1979.

Situada na intersecção de vários campos disciplinares já constituídos, a Puericultura redispõe os saberes para a consecução de seus objetivos, articulando inicialmente a pregação moral sobre a família com as orientações sobre o cuidado da criança. Uma extensa bibliografia poderia ser citada para demonstrar a existência da preocupação dos moralistas, dos educadores, dos médicos e de autoridades públicas para com a criança, no sentido de se divulgar métodos mais conseqüentes de criação. Na bibliografia propriamente médica, como se pode ver em ABT (1948), desde Hipócrates, passando por Avicena e Galeno, ao se falar sobre a criança, mesmo em livros escritos para médicos, incluem-se temas sobre a higiene, a dietética e os hábitos saudáveis relativos à atividade física e ao aprendizado das crianças. Pressupõe-se que o médico detenha uma capacidade de influenciar a mãe e a família na compreensão das necessidades dos filhos.

Ainda no mercantilismo, como vimos na referência que fizemos a William Petty, a questão populacional emerge como problema de Estado, ao ser tomada a população como maior riqueza do país. Percebe-se a intenção de consolidar a preservação da criança em atitude racional, notando-se, já em Petty, duas abordagens complementares: pensar a criança e a infância na sua dimensão coletiva; estabelecer serviços de assistência médica específicos para crianças, públicos ou subsidiados pelo poder público.

Coerentemente com a forma de organização da sociedade que vai se estabelecendo e correlatamente ao surgimento do novo sentimento de infância e à reestruturação da família, no âmbito mais interno e nas suas relações mais externas, a atribuição do cuidado da criança é dirigida à família e praticamente toda a produção literária sobre o cuidar das crianças tem esse enfoque. Preservar a vida ou educar corretamente é tarefa das famílias, em particular das mães, e a filantropia e o poder público só oferecerão assistência nos casos de abandono ou de privação total da capacidade e da competência familiar.

No que tange à competência, é nítido, como já se viu, o progressivo ataque à tradição e aos preconceitos, fazendo-se necessário um "combate

ilustrado", o que se acentua com a grande popularidade que adquirem os pensamentos de ROUSSEAU, principalmente na França de fins do século XVIII e início de XIX. Tomando o "Contrato Social" e o "Emílio" como expressão maior de seu pensamento, Rousseau abre duas frentes de críticas quanto à educação das crianças e ao dever dos pais: por um lado, ataca a razão puramente mecanicista, que, a partir de Locke, almeja imprimir na criança uma série de valores e comportamentos baseada na concepção de "tábula rasa"; por outro, a educação, como ela de fato se dá na sociedade sua contemporânea, alvo da crítica mais radical como desnaturada, degradante e deformante para as crianças.

ROUSSEAU representa a fundação do moderno conceito de criança, como se depreende dos títulos dos livros que compõem o "Emílio". Por exemplo, Livro I: **"A idade da natureza"** - (infans) contendo como sub-títulos: **"A verdadeira ama é a mãe"; "O verdadeiro preceptor é o pai"; "Antes de falar, antes de entender, ele já se instrui"**. Pode-se pinçar algumas frases-pensamento: **"Homens, sede humanos..."; "A própria dominação é servil"; "Deixai amadurecer a infância nas crianças"; "Podemos ser homens sem sermos eruditos"; "É sempre nas capitais que o sangue humano se vende mais barato"**. Ou, pode-se perceber a crítica aos ilustrados: **"Dizem que as mães mimam os filhos. Neste ponto, sem dúvida, elas erram, mas erram menos do que vós, talvez, que os depravaís. A mãe quer que seu filho seja feliz, e isto desde agora. Ela tem razão; se se engana quanto aos meios, devemos esclarecê-la"**. (ROUSSEAU, 1995: XIX)

Em outra passagem, o alvo da crítica é revelado: **"A ambição, a tirania, a avareza, a falsa previdência dos pais, sua negligência, sua dura insensibilidade são cem vezes mais funestas para as crianças do que a cega ternura das mães"**. (ROUSSEAU, 1995: XII, XIX e 8)

A novidade na concepção de ROUSSEAU está em trazer o homem para mais perto da natureza, a partir de sua própria natureza, a criança. Dada essa formulação revolucionária, abre-se a possibilidade de pensar a criança por referência a ela própria, o que terá repercussões em todos os campos, inclusive

na Medicina. Mas também, ao apresentar suas propostas pedagógicas, aponta para a necessidade da mudança social ampla, no que é constantemente cobrado: **"Propõe o que seja realizável, é o que não param de me repetir"**. (op cit: 5). Com a superação dos movimentos revolucionários em toda a Europa, em meados do século XIX, não se tem mais Rousseau como um teórico ou um filósofo importante para a ideologia burguesa. Mas a concepção de criança e infância que decorre de seu pensamento marca a pedagogia e as práticas de conservação das crianças desde então.

Depositária de toda essa tradição humanista, mas articulada como prática ideológica funcional à emergente estrutura social, a Puericultura capta aqui e ali elementos para constituir-se em disciplina autônoma, saberes e práticas já constituídas em outras disciplinas: Higiene, Pedagogia, Filosofia, Medicina, revestindo-as de uma moral onde o progresso da sociedade industrial é a meta.

BOLTANSKY (1969) entende que o campo disciplinar da Puericultura pode ser dividido historicamente em duas fases. Uma, que considera pré-científica, onde o que sobressai dos textos são os conselhos veiculados por médicos antigos famosos, citados como argumento de autoridade, constituídos de **"regras, exemplos, migalhas de saber, metáforas, imagens, provérbios..."**, (p. 32) sem que transpareça uma tentativa dos autores de submetê-los a uma teoria de conjunto. Tanto os textos de divulgação mais ampla como os dirigidos aos médicos apresentam essa característica. Entretanto, entre 1880 e 1885, os textos sofrem influência marcante do que se costuma chamar revolução pasteuriana, e de outros conhecimentos científicos.

Cabe, aqui, um parênteses sobre o uso do termo Puericultura: na verdade, esse termo foi criado em 1865 por Caron, médico francês, para denominar a "ciência de elevar higienicamente e filosoficamente as crianças". Como aponta BOLTANSKY (op cit), o termo permaneceu esquecido até fins do século XIX, quando o professor A. Pinard passa a usá-lo sistematicamente. Há, portanto, um uso indevido do termo, ao se designar práticas que antecedem essas datas, mas como de fato as práticas se referem ao mesmo objeto e vão

conformar o que posteriormente vem a ser designado como Puericultura, tomamos a liberdade de utilizar o termo ao nos referirmos a textos, atitudes e proposições que, à época em que foram formuladas, ainda não recebiam essa designação. Além disso, o uso do termo Puericultura para designar essa disciplina e as ações por ela fundamentadas restringe-se aos países de língua francesa, espanhola e portuguesa, onde a influência cultural francesa teve suas repercussões na constituição da Medicina e das práticas sociais dirigidas à criança. Os autores ingleses costumam designar essa área simplesmente de "child care".

Com o desenvolvimento da teoria bacteriana, e com uma predominância cada vez maior de médicos ilustres à frente de seu desenvolvimento, a Puericultura torna-se mais científica, em um processo de depuração dos conceitos fundados apenas na experiência pessoal de antigos médicos e da forma de divulgar esses conhecimentos, basicamente através de conselhos.

Com a teoria bacteriana é possível, entre outras coisas, explicar a necessidade da higiene ambiental e alimentar, ao se demonstrar que a maior parte das crianças morre de doenças bacterianas, em geral a diarreia veiculada pelos alimentos, mas também a pneumonia, o crupe, a coqueluche, o tétano etc. Além da bacteriologia, a imunologia começa a colher seus frutos, ao desenvolver os soros e as vacinas, e a fisiologia, como visto, dá os fundamentos para a nutrição e a metabologia, portanto para orientações alimentares baseadas na ciência. Desse modo, vem a ser reforçada a principal arma da Puericultura contra a mortalidade infantil: o incentivo ao aleitamento materno.

Se até meados do século XIX a cruzada em prol do aleitamento materno estava revestida de conotações comportamentais e morais, um chamamento às mães por sua responsabilidade natural, e da noção de que o leite materno é o melhor alimento para o bebê por ser seu alimento natural, agora o conhecimento sobre a composição do leite materno em comparação com os dos animais e de outros alimentos, assim como a ausência de agentes patogênicos e

o efeito protetor identificável pela epidemiologia reforçam todas as representações e atitudes que já tinham na amamentação o principal instrumento de combate à mortalidade infantil.

A partir de 1885, a Puericultura então reveste-se de cientificidade e os livros, escritos agora só por médicos, adquirem caráter técnico, contendo, sempre que possível, explicações científicas para cada assunto abordado e para cada orientação dada. BOLTANSKY aponta, nesse momento, a aquisição de um consenso total entre as eminências da Puericultura, possível agora porque cientificamente fundamentada. Os médicos passam, desde então, a realizar *um "trabalho de legista"*: traçar uma linha divisória nítida entre o que pertence à Medicina legítima e o que deve ser dela excluída. (BOLTANSKY, 1969: 37)

Temos agora constituindo o campo disciplinar da Puericultura saberes oriundos das seguintes áreas: filosofia, pedagogia, sociologia, epidemiologia, fisiologia, nutrição, bacteriologia, imunologia e, claro, patologia. Os principais formuladores da disciplina são médicos famosos em suas áreas, basicamente a Obstetrícia (Pinard, Budin) e Pediatria (Marfan). Como prática que toma a consciência como objeto a ser transformado, isto é, por meio de técnicas pedagógicas e de divulgação, atua sobre uma consciência formada por "preconceitos" elevando-a a uma consciência cientificamente fundada, a Puericultura situa-se no campo das práticas pedagógicas, e é incorporada inclusive ao currículo das escolas primárias para meninas. É eminentemente uma prática ideológica, engajada na produção e reprodução da ideologia dominante, mas apresenta-se, por sua cientificidade, como saber neutro, inclusive porque dirige-se a qualquer mãe, de qualquer nível sócio-econômico. Ao tomar "a criança" como objetividade invariável, ao modo da Medicina, fixando-se em suas especificidades orgânicas e fisiológicas, a Puericultura desloca a criança de seu contexto sócio-econômico, ocultando assim os determinantes sócio-econômicos como os principais responsáveis pelas altas taxas de morbi-mortalidade das crianças pobres.

Prática pedagógica, mas também prática médica. Nota-se, aqui, de que modo a prática médica tomando por objeto as representações sociais sobre a criança, a infância e suas necessidades, atua na transformação dessas representações, lançando mão do conhecimento científico e de saberes disponíveis em outras áreas com o quê, logra realmente imprimir um novo referencial à atitude de conservação das crianças, de base científica. No mesmo movimento, amplia a própria jurisdição da Medicina, ao fornecer o núcleo teórico mais "duro" a Biologia e a Ciência das Doenças e ao assumir, através dos médicos puericultores, o controle da produção dos saberes, a sanção das práticas e finalmente, o próprio trabalho de divulgação e aplicação dos saberes e técnicas da Puericultura.

Para o efetivo revestimento da Puericultura da idéia de prática que deriva da prática médica, é necessária sua absorção pela Clínica, onde se cria e se desenvolve o saber médico operante, a tecnologia médica. A criação de serviços de Puericultura vai propiciar, então, não só sua maior divulgação pública mas, principalmente para a Medicina, a possibilidade de desenvolver uma experiência nos moldes e nos termos da clínica, onde se associam o efeito demonstração, a aquisição de experiência pelos médicos e o ensaio de técnicas de consulta, de intervenção, de orientação, de aferição de resultados.

A consulta de puericultura é inicialmente implantada em serviços públicos ou filantrópicos, onde trabalham médicos de crianças, obstetras, assistentes sociais, enfermeiros, em um arranjo que visa atuar de modo integrado sobre a mãe e a criança, avaliando clinicamente a criança, orientando a mãe e eventualmente fornecendo leite, decidindo sobre subsídios econômicos, materiais ou assistência social para a família.

Pode-se apontar, no surgimento dos serviços de Puericultura, duas características praticamente universais, que darão a marca principal de seu desenvolvimento.

Em primeiro lugar, a natureza das instituições a que estão associados: como dito, serviços instalados em ambulatórios de clínica infantil,

vinculados ou não a hospitais, filantrópicos ou públicos, assim como ambulatórios de atendimento pré-natal e serviços de fiscalização de amas de leite. A prática da Puericultura nestes serviços demonstra a prioridade conferida ao atendimento de mães e crianças carentes, como forma de elevar seu nível de saúde atuando em várias frentes, das orientações ao cuidado médico, passando pela vacinação, fornecimento de leite esterilizado e assistência social. Por esse perfil de serviços e produtos oferecidos, pelo tipo de vínculo que estabelece com a clientela, pelo objetivo final a que se propõe e dada a insipiência do conceito de direitos sociais e de uma estrutura concreta de atendimento a esses direitos, são serviços eminentemente filantrópicos. São filantrópicos, também, porque dependem da vontade de boa parte de seus membros, que trabalham por compromisso com uma causa, e não por assalariamento. Em suma, são filantrópicos porque fruto de uma missão civilizadora, e não da conquista do direito à saúde reconhecido formalmente pelo Estado. O Estado aparece aqui como principal agenciador dos recursos e definidor da política assistencial. Incentiva, mas não se compromete.

A outra característica é a já apontada, de se constituir como campo de prática clínica, de exercício controlado de uma modalidade de prática médica. A rigor, os serviços de Puericultura não são os primeiros ambulatórios específicos para crianças. ABT (1947) considera que o primeiro dispensário infantil é o criado por George Armstrong em 1767, que posteriormente veio a se constituir no "Children's Hospital" de Londres. As clínicas infantis que vão aparecendo, desde então são serviços ambulatoriais, fundados nos moldes da clínica médica e com os mesmos objetivos: desenvolver a Medicina científica experimental em um ambiente controlado.

A novidade das clínicas infantis é a separação que estabelecem entre os serviços destinados a adultos e os de crianças, e a absorção progressiva da criança como objeto da prática médica. Há um evidente paralelo com o aumento da importância sócio-econômica e política da população infantil, assim como com a busca de especificidades na criança, que sejam relevantes do ponto de vista do saber e do trabalho médico. Nesse mesmo movimento, e

coerentemente com a idéia de que a família é, em geral, incompetente para suprir todas as necessidades da criança, como vimos com relação à educação, os médicos vão assumindo a responsabilidade pelo tratamento das crianças; primeiro como médico de família; depois, criando ambientes médicos específicos para o atendimento de crianças: as clínicas infantis, ambulatoriais e hospitalares.

O próprio Armstrong é o pioneiro na consideração de que o ambiente de trabalho médico específico para crianças é um importante instrumento, tanto no que tange a respeitar necessidades das crianças (alimentação, enfermagem, isolamento das doenças dos adultos, higiene) como no que diz respeito à necessidade de elaboração teórica e prática da clínica infantil, segundo o modelo experimental. ABT relata que o primeiro trabalho conhecido de Armstrong, "Ensaio sobre as doenças mais fatais para as crianças", traz capítulos específicos sobre a organização dos serviços, especialmente o ambulatorial. Publicado em 1767, é revisto em 1783 e acrescido de sua própria experiência ambulatorial, entitulado então "Considerações sobre as doenças mais incidentes nas crianças do nascimento até a puberdade". (op cit: 31)

Mais adiante neste trabalho, quando discutirmos a Pediatria, vamos nos estender mais sobre esse momento da clínica de crianças. Por ora, é importante considerar que não eram serviços destinados prioritariamente à inculcação de um saber nem ao controle da saúde de crianças supostamente sadias, não tendo portanto caráter higiênico/pedagógico.

Como meio de trabalho, os serviços de puericultura vão proporcionar o exercício da clínica com crianças sadias, permitindo a ampliação do objeto de trabalho para além do recorte possível para a clínica de crianças até então. Essa nova dimensão da possibilidade de atuação do médico vai demandar toda uma tecnologia que viabilize não só a constatação da ausência de doenças, até onde se limita a clínica, mas o grau de risco a que cada criança está submetida, ou mesmo a presença de agravos insidiosos não aparentes para a clínica das doenças.

O rearranjo dos saberes, em um conjunto de técnicas que possibilitam incluir na apreensão do objeto dimensões externas ao corpo anátomo-fisiológico, impõe uma divisão técnica do trabalho no âmbito dos serviços de puericultura. Presidido pelo médico, o processo de trabalho global visa compor um quadro geral de fatores de risco ou de proteção à criança, não só de sua saúde física, mas também da saúde mental e da integridade moral, a qual depende da moral da família ou de quem cuida mais diretamente da criança.

O trabalho assim constituído toma a criança como potencialidade, pois a finalidade desse trabalho, o produto que preside a realização do trabalho, está colocado lá adiante, na imagem de um adulto saudável e socialmente útil. Como produto imediato, coloca-se a preservação da potencialidade da criança, confundindo, aqui, a concepção de criança rousseauiana (naturalmente boa), a de tábula rasa de Locke e as do vitalismo médico. A criança deve ser protegida física e moralmente, para que desenvolva sua potencialidade, e as experiências que vai viver devem ser cientificamente orientadas.

Como processo de trabalho coletivo, separam-se atribuições parcelares que vão ser rejuntadas ao final do processo, para que se possa estabelecer as ações que vão se desencadear sobre o objeto, ou sobre seus entornos. Na tomada do objeto, o que se busca é:

1- avaliar as condições de vida da família; isto inclui avaliação sócio-econômica, das condições de moradia, da escolaridade, dos hábitos higiênicos, da capacidade de adquirir novos hábitos;

2- avaliar a moralidade da família: organização da casa, se leva vida regrada, ou se tem indícios de imoralidade ou desregramento (alcooolismo, prostituição, presença de sífilis, gonorréia, tuberculose, desemprego do chefe de família);

3- avaliação clínica da criança: peso, altura, aquisição de habilidades; alimentação ofertada, aceitação; estado vacinal; exame físico.

Neste esquema de trabalho, os diagnósticos são feitos sobre cada criança, não constituindo uma abordagem epidemiológica, nem na tomada do

coletivo de crianças, nem nas ações que vão se desenvolver, também centradas em cada criança ou em cada família. É neste sentido que se apontou para uma abordagem desenvolvida a partir da experiência clínica, individualizante, mesmo que incorporando de algum modo o social da criança. Também como no hospital, os trabalhos parcelares estão submetidos ao controle do médico, que os arranja no sentido de potencializar o seu próprio trabalho.

Temos, então, os instrumentos de trabalho divididos em três categorias. Aqueles que visam a construção do objeto, sua objetivação para a prática do serviço; aqueles que visam estabelecer parâmetros de risco ou de patologia; aqueles que se constituem nos instrumentos de intervenção. Entre os primeiros, situam-se a entrevista com a mãe e a visita domiciliar; os segundos são constituídos pela comparação da situação da criança e da família com padrões ideais, seja de atributos físicos, fisiológicos, de condições de higiene e moradia, de moralidade etc; os instrumentos de intervenção vão desde a medicação da criança, as orientações para banhos, exercícios, vestimenta, aleitamento materno ou preparo adequado da mamadeira, até à assistência social propriamente dita, com fornecimento de roupas, leite, subsídios.

Como em qualquer processo de trabalho, os instrumentos de objetivação não podem ser quaisquer, de modo que devem estar adequados à intervenção propriamente dita e ao produto que se pretende. Ao se individualizar sobre a criança e a família, a objetivação e a intervenção não questionam nem se destinam a produzir efeitos sobre a ordem social que, em última instância, determinaria a situação de cada família e de suas crianças. Não se quer afirmar, aqui, que os médicos puericultores, em sua totalidade, assim como os outros agentes do trabalho, não façam sua crítica social ou não vislumbrem a estrutura social como injusta e geradora daquelas situações que tomam para o trabalho. Ocorre que, ao se organizar desse modo, o serviço de puericultura tende sempre a dirigir à família a possibilidade de superação de sua condição desfavorável, no que é funcional à ordem estabelecida.

A capacidade da Puericultura de interferir positivamente nas condições de saúde das crianças, como saber que se divulga com grande ênfase, aliada aos serviços que vão se estabelecendo, não pode ser subestimada. Há uma mudança, de fato, no entendimento das necessidades das crianças, expresso socialmente de diversas maneiras. Há também a confirmação de que a intervenção propiciada por esses serviços é eficaz, embora isso só possa ser analisado pontualmente, dada a falta de estudos abrangentes e aprofundados no final do século passado. O aproveitamento das noções, conceitos e do efeito demonstração dos serviços vai passar, sempre, por uma leitura por parte da sociedade em geral; e a aplicação dessa reinterpretação das práticas e saberes vai abrir espaço para a conquista de direitos por parte da classe operária e das outras, direitos de proteção à vida e à saúde das crianças, que darão sentido a uma intervenção mais decidida do Estado na forma de leis e de serviços de assistência médica e social.

Como exemplos concretos do efeito possível de um serviço de Puericultura, temos o relato, oferecido por ABT (1947), da instalação de três serviços precursores, na França, desse modo de assistência. O primeiro, criado por Budin no hospital "La Charité", em 1892; o segundo, de Gaston Variot, no hospital-dispensário de Belleville; o terceiro, de Dufours, em Fecamp, serviço desvinculado de hospitais, voltado à distribuição de leite esterilizado, em 1895.

Budin, obstetra e chefe do serviço de "La Charité", observa que boa parte das crianças nascidas no hospital iam para casa mal-nutridas, morrendo freqüentemente. Cria, então, um ambulatório para crianças e mães nutrizas das redondezas, visando orientar a amamentação e praticar a Puericultura. Nessa época, a mortalidade infantil em Paris oscilava entre 190 a 280/1000. A mortalidade entre as crianças que freqüentavam o "La Charité" caiu para 46/1000.

Variot, uma eminência na reorganização hospitalar francesa e na divulgação da Puericultura, encontra em Belleville uma situação distinta da de Budin. Nesse bairro, a maioria das mães era rapidamente absorvida pela indústria logo após o parto, impossibilitando a amamentação. Utilizando-se da técnica de

esterilização do leite de vaca, implanta um serviço de Puericultura onde passa a distribuir garrafas de leite estéril, prontas para uso, conseguindo grande queda na mortalidade por diarreia.

Dois anos depois de Variot, Doufours resolve enfrentar a alta mortalidade por diarreia em Fecamp seguindo as orientações de Variot. Funda então o que denominou de "Gotas de Leite" (Gouttes da Lait), um serviço nos moldes do de Variot, mas sem a vinculação hospitalar de seu ambulatório. Em uma época em que a mortalidade por diarreia entre os menores de 2 anos de idade era responsável por 50 a 75% do total de mortes, em vários municípios franceses, Doufours reduz a mortalidade por diarreia a 2,8% entre as crianças que freqüentam seu serviço. Doufours mandou imprimir em suas garrafas a inscrição "Na falta do melhor", para reforçar a noção de que o leite materno é melhor que o de vaca, mesmo esterilizado.

Pinard, Budin, Doufours e Variot são os expoentes desse movimento inicial da Puericultura que, como aponta MARQUES (s.d.), vai-se associar a práticas de controle da fertilidade, em um movimento internacional designado por Mc Cleary "Movimento pelo Bem-Estar da Maternidade e da Infância". A constituição de práticas de controle populacional, para seu aumento ou para sua redução conta desde fins do século XIX com uma estrutura material: os serviços materno-infantis, organizados originalmente para a prática da Puericultura. Nesses serviços é aplicada e desenvolvida toda a tecnologia assistencial que se encontrava esparsa por serviços mais específicos, agrupando e organizando no mesmo espaço práticas educativas, de vigilância ambiental, de assistência social e a prática médica, centrada na clínica.

Como vimos apontando, esses serviços têm como finalidade explícita, além do atendimento médico e da assistência social, mudar conceitos, noções e práticas social e culturalmente arraigadas e dirigem-se especificamente para a população mais carente, mas não exclusivamente. O Dr. Rothschild, discípulo de Budin, fundador de uma Policlínica Infantil e de vários serviços de distribuição de leite filantrópicos ("Laiteries Philantropiques") expressa com rigor

essa finalidade maior, que está por trás de toda essa ação de multiplicação de serviços de assistência médica e social: ***“O baixo povo aplica às crianças os mesmos cuidados que os ensinaram seus avós. As mães pobres consultam com mais confiança o herborista de esquina que o médico do serviço beneficente. É uma verdadeira guerra a que se deve travar com os preconceitos e contra os remédios de curandeiro. Com o objetivo de diminuir as crenças errôneas e confirmar cada vez mais a autoridade do médico, tenta-se multiplicar as consultas gratuitas destinadas às crianças dos bairros populosos.”*** (H. Rothschild, 1898, apud BOLTANSKY, 1969: 28)

BOLTANSKY (1969) conforme aponta DONNANGELO (1976: 26) analisa basicamente a relação pedagógica e normatizadora da prática médica sobre a esfera simbólica e ideológica da estrutura social; portanto, sua repercussão sobre a reprodução supra-estrutural das relações de classe, embora não utilize essa terminologia. Entretanto, ao se tomar seus estudos a partir do método aqui empregado, é possível relevar alguns aspectos que lançam luzes sobre a organização da prática médica e sua participação na reprodução da estrutura social.

Neste sentido, deve-se ter em conta que a necessidade de demonstração prática da autoridade da Medicina sobre as questões da saúde e da doença, consubstanciada na finalidade dos serviços materno-infantis públicos e filantrópicos, demonstra que essa autoridade já havia sido estabelecida, por outras vias, para as classes superiores. Esta afirmação é corroborada pelos estudiosos da Puericultura, que são unânimes em apontar a capacidade maior de absorção das regras e dos fundamentos pelos segmentos de maior escolaridade, cuja racionalidade se aproxima daquela que fundamenta a prática médica. Em outras palavras, como compreender a importância da esterilização do leite, se não se raciocina com base na teoria bacteriológica? Como perceber diferenças entre os diversos alimentos, se não se tem idéia da composição nutricional de cada um, nem da necessidade diferenciada de cada nutriente em particular?

Tomada pelo enfoque da escolaridade, essa distância da classe proletária aponta para sua possível diminuição através da educação. Mas de fato, a distância é de classe e a baixa escolaridade é apenas um dos parâmetros que confirmam os diferentes modos de andar a vida² das diferentes classes sociais, e as diferentes representações sobre a vida, referentes às suas situações concretas de vida. Ao trabalhar com o efeito demonstração, a prática médica pretende substituir toda a vivência e as condições básicas de formulação de conceitos por uma experiência prática que, evidentemente, tem efeitos importantes, mas que mantém a equação nos termos em que é concebida pela ideologia dominante.

Para o lado da prática médica, a ampliação de seu espaço teórico, que vai abarcando a saúde, o coletivo e, com a Puericultura e a Saúde Materno-Infantil, a própria vivência privada dos indivíduos e sua reprodução na família, possibilita o estabelecimento de novas modalidades de prática médica, que são oferecidas de modo a atuar sobre novas necessidades sentidas. Assim, ao modificar as consciências e as representações sobre saúde da criança, sua conservação e as novas atribuições colocadas para as mães, a Medicina reserva para sua própria prática, em seu espaço de legitimidade, aquelas ações agora percebidas como necessárias pelas mães e pelas famílias. Ações que fugiam ao âmbito da competência da medicina passam a ser, agora, entendidas como atribuições médicas.

Nota-se aqui, novamente, que, ao formular problemas colocados para o conjunto da sociedade (no caso da Puericultura, a alta mortalidade infantil), a prática médica reelabora a demanda, objetivando-a de acordo com seus saberes e tecnologias, transformando-a em uma necessidade racionalmente elaborada, impregnada agora dos conceitos e fundamentos utilizados pela Medicina. E para repor e suprir essa necessidade, desenvolve formas de trabalho específicas, que vão se desenvolvendo e estruturando segundo as possibilidades de inserção do trabalho em serviços de diversas naturezas, ou mesmo sendo ofertados no âmbito liberal do mercado de serviços médicos. Também com a

² Expressão utilizada por Canguilhem

Puericultura, a prática médica demonstra sua capacidade de gerar novas necessidades e de repô-las a seu modo. Também com a Puericultura, ao responder a demandas e recortá-las para a prática, a Medicina o faz segundo uma dada forma de participação na estrutura social, na qual os médicos atuam como intelectuais orgânicos, portadores de uma concepção do social fortemente marcada pelo saber e pela ciência que fundamentam sua apreensão do corpo humano para o trabalho médico.

No que importa a este estudo, a ampliação da prática médica via Puericultura traz no seu bojo: a especificidade da criança sadia concebida para a prática médica; o desenvolvimento e a aplicação de saberes e técnicas de avaliação e de preservação da saúde da criança: a possibilidade de se aplicar, como na clínica experimental, conhecimentos científicos recém elaborados, (como os da área de metabologia, nutrição, fisiologia, bacteriologia e imunologia), mas colhendo os resultados de sua aplicação na criança sadia; o desenvolvimento da clínica pediátrica fora do ambiente hospitalar; a organização do trabalho médico no âmbito de um processo de trabalho coletivo, de base ambulatorial.

Todas essas novas possibilidades abertas com a Puericultura, entendida como campo disciplinar e como modalidade de prática médica, vão propiciar o desenvolvimento da Medicina das crianças, a Pediatria, ao articular para o trabalho médico saberes e técnicas voltadas para a conservação da saúde da criança com os saberes e técnicas da clínica das doenças das crianças, constituindo uma especialidade médica.

Esse arranjo é muito particular, de modo que o termo Puericultura, como campo disciplinar, continuará a designar as práticas e saberes constituídos e aplicados na conservação da saúde das crianças, e Pediatria, como campo disciplinar, continuará em geral a designar o campo de saberes e práticas referentes ao diagnóstico e tratamento das crianças doentes. Mas a formação do médico de crianças, sua especialização, exigirá que domine ambos os campos disciplinares, na teoria e na prática, de modo que essa especialidade médica passa a responder por uma necessidade social que é objetivada na busca de um

único profissional, o pediatra, que ao responder a essa demanda, recria as condições de sua própria existência. Desde as primeiras décadas deste século, entende-se que o pediatra é o médico especializado nas questões que envolvem a saúde e a doença das crianças e este entendimento, para a própria Medicina, não se deu sem disputas de concepções e de atribuições excludentes entre modalidades já estabelecidas de prática médica.

O que se quer afirmar é que a divisão técnica do trabalho médico, na constituição do pediatra como o especialista em crianças, representa uma certa transgressão na forma tradicional de estabelecimento de especialidades, pois ao definir a criança como seu referencial de recorte, a Pediatria e a Puericultura atravessam todas as linhas de especialização que se constituem verticalmente sobre o corpo-biológico, em torno dos sistemas orgânicos (neurologia, pneumologia, gastroenterologia etc.), das funções (endocrinologia, ginecologia/obstetrícia etc.) e das etiologias das doenças (reumatologia, moléstias infecciosas etc.). Neste aspecto, em seu nascimento, a Pediatria é forçosamente uma especialidade "integradora": na integralidade com que concebe a criança, como corpo anátomo-fisiológico, inserido em uma família de tal ou qual condição sócio-econômica; na integralidade com que tenta articular conhecimentos das diversas especialidades, especificando-os com relação à criança; e na integralidade com que procura dispor o trabalho do médico pediatra em um processo de trabalho coletivo, como se exemplificou com os serviços de Puericultura.

A apropriação desse amplo objeto de práticas por uma especialidade que se conforma ao mesmo tempo em que os diversos aspectos orgânicos, psíquicos e sociais da criança vão sendo elaborados para a prática médica, ocorre necessariamente em um confronto interno à Medicina, no mesmo momento em que os médicos de criança se lançam ao trabalho de conformar socialmente a representação do profissional adequado para essa prática.

Ao mesmo tempo, ao desenvolver uma dada modalidade de prática assistencial, a Puericultura, na qual se inclui obrigatoriamente como médico

consultante, como elaborador dos instrumentos de trabalho e detentor da atribuição de controle do processo global de trabalho, o pediatra amplia seu próprio campo de trabalho de forma a demonstrar a potencialidade desse arranjo, com o que produz socialmente a necessidade desse trabalho assim elaborado.

Por último e mais importante, ao dominar a teoria, o controle e o principal momento do trabalho nessa prática, os pediatras logram constituir uma modalidade de prática razoavelmente plástica, no sentido de poder ser aplicada total ou parcialmente em diferentes esquemas de organização de serviços assistenciais, desde que não se perca, no estabelecimento das finalidades do processo de trabalho, o aspecto central da modalidade, que é conservar a saúde da criança. Isto é o que veremos à seguir.

2. Pediatria: Especialidade Médica

A apreensão da criança como objeto da prática médica está, como vimos, historicamente determinada pela relevância social da criança e da infância em cada momento histórico e pela racionalidade que preside a apreensão dos objetos de prática pela Medicina, o que implica a cada momento em uma forma de apreensão e em uma conformação da prática socialmente validadas. Ao se estudar a relação Criança-Medicina, no âmbito das sociedades concretas, deve-se partir da constatação, já apresentada, de uma coerência dessa relação com a estrutura social em que se apresenta, relativizando-se a linha que vai do desconhecimento - conhecimento da ciência sobre o fenômeno da doença, do modo como em geral se apresenta nas historiografias médicas.

Recuperando a elaboração feita sobre a constituição da Medicina como profissão unificada, sua inserção infra e supra-estrutural na sociedade de classes, em que pode ser percebida como objeto e sujeito das transformações sociais, e o modo como acaba por fornecer elementos teóricos fundamentais para

as representações sociais, resta desenvolver com maior profundidade a constituição da Medicina das crianças e especificá-la com relação à prática médica e a outras práticas sociais.

No que tange à importância que é conferida à população infantil desde o século XVII, assim como à criança como indivíduo, no que se apontou como uma mudança nas mentalidades e nas relações afetivas para com ela, a Medicina aparece inicialmente como incapaz de evitar as mortes infantis e minorar seu sofrimento; incapaz tampouco de contribuir para o aumento da população adulta saudável e útil para o Estado. Há uma crítica generalizada a essa insuficiência, que se agrega à crítica mais geral dos iluministas sobre a fundamentação pouco científica do conhecimento médico.

A concepção que a Medicina tem da criança é a de um organismo originariamente deficiente, e a de infância como época da vida comparável a uma doença. SEIDLER (1974) ilustra bem essa concepção, segundo ele presente desde a antiguidade na Medicina e na Filosofia.

À parte a tendência de se privilegiar a orientação higiênica e o aleitamento materno na prevenção das doenças, em uma primeira atitude perante a grave situação de morbi-mortalidade das crianças, a concepção da criança como organismo deficiente aparece claramente nos primeiros frutos teóricos da Medicina em sua aproximação em direção a ela: todos os sistemistas dos séculos XVII e XVIII, Stahl, Hoffman, Cullen e Brown, fazem da criança seu modelo de entendimento da patologia do adulto ao aplicar, em sua observação, os conceitos da patologia neural, do estímulo, da irritabilidade. (SEIDLER, 1974)

Para Brown, a criança é naturalmente astênica: fraca, debilitada, necessitando ser estimulada. Por conseguinte, todas as doenças infantis decorrem dessa sua característica. Essa noção totalizante da criança, com base em sua instabilidade, é tida por CABANIS (1757-1808) como decorrente de sua compleição: ***“um predomínio do sistema nervoso (...) grande quantidade de vasos sangüíneos e linfáticos (...) uma elevada humidade, (...) excitabilidade dos músculos, mudanças rápidas na capacidade absorvente; a digestão é***

imperfeita (...) nas perturbações das crianças, assim como em suas doenças, há algo de convulsivo". (Cabanis, apud SEIDLER, op cit: 205) A criança é vista "de fora" pela Medicina.

É somente com o desenvolvimento da clínica anátomo-patológica e a criação dos espaços específicos para assistência à criança, que esta "toma corpo" para a Medicina, mas ainda de forma subalterna. As clínicas infantis demoram um século para se instalar: da experiência inicial em Leyden, com La Boe e Boerhaave, em 1658, até a clínica infantil de Armstrong, de 1769, passam-se 111 anos! Os métodos de ausculta e percussão, de exploração clínica sistemática, propostos por Auenbrugger em 1761 e desenvolvidos por Corvisart e Laënnec, no início do século XIX, somente passam a ser aplicados na clínica de crianças após 1840, por médicos vienenses. Mais tarde ainda, tem início o uso do termômetro, das análises químicas, do microscópio, o que demonstra que os achados feitos na clínica de adultos eram transpostos pura e simplesmente para a criança, sem maiores adaptações, no que fosse possível.

As únicas investigações de base científica que têm especificidade em relação à saúde das crianças, até fins do século XVIII, são as que se fazem pelo estudo comparativo do leite materno com os diversos leites animais. O que se quer apontar é que, mesmo com a possibilidade de investigação clínica sistemática já aberta pela clínica experimental, pela anátomo-patologia e pela química, a criança não é, ainda, um problema a ser objetivado pelo método científico-experimental para a prática médica.

Esse "gap" teórico-experimental só pode ser explicado pela pouca importância que os cientistas médicos da época dedicam ao estudo das especificidades da criança. Há que se ressaltar o fato de que não faltariam cadáveres para a observação anatômica e a correlação anátomo-clínica; talvez, algum pudor de ordem moral-cultural impedisse sua dissecação sistemática, acrescentando por essa via um certo distanciamento dos anatomistas.

Para dentro do campo teórico-experimental da clínica, a primeira contribuição relevante aparece com Billard (1800-1832), empregando a

correlação anátomo-clínica na investigação da patologia da criança. O movimento do olhar médico, de uma observação especulativa da criança viva para as alterações do corpo identificáveis à autópsia, começa a produzir o mesmo efeito que na clínica de adultos: Billard fornece o suporte material da reflexão sobre localização da doença e fenômenos correlatos, diminuindo a percepção da criança como algo apreensível apenas por sua debilidade e susceptibilidade, por um lado, e por sua tendência em generalizar ou expressar inespecificamente toda e qualquer alteração orgânica ou funcional, por outro.

Dada a freqüência com que se apresenta a mortalidade e a morbidade por diarréias, assim como à percepção da boa alimentação como fator protetor da saúde, as investigações que sensibilizam os pediatras clínicos e os cientistas vão se concentrar nessas áreas. Nutrição, metabologia, higiene, assepsia, função digestiva, patógenos gastro-intestinais. Billard publica seus estudos anátomo-clínicos em 1828, não por acaso concentrando sua casuística no primeiro ano de vida. O "Tratado das Doenças dos Recém-Nascidos e Lactentes" apresenta uma compilação de textos sobre patologia infantil e amplo estudo de correlações anátomo-clínicas, estabelecidas por ele. Na seleção dos textos e na discussão dos casos, Billard fixa-se ao método científico aplicado à observação clínica: ***"Eu escrevi este livro com a independência de quem não lança mão das doutrinas, mesmo que positivas, cujas verdades não possam ser comprovadas por fatos estabelecidos ou por analogias naturais"*** (Billard, apud ABT, op cit: 23)

O objetivo de Billard, seguido pelos outros investigadores da patologia infantil, é agora localizar a doença, separar as "alterações funcionais" daquelas que possuem substrato orgânico evidente à anátomo-patologia. Percebe, por exemplo, que em vários casos de crianças que apresentam diarréia e, posteriormente, marasmo, não se encontram à autópsia lesões inflamatórias no trato gastro-intestinal, corroborando a hipótese de as diarréias poderem ser causadas pelo tipo e quantidade da alimentação, em uma típica "alteração funcional" sem substrato anatômico. Estabelece, também, a possibilidade de se

pensar a normalidade orgânico-funcional da criança em correlação com a faixa etária, prescindindo do referencial adulto: ***“Já não se trata de ver na criança um ser cujo corpo é muito quente ou cujas fibras são muito frouxas; nas diferentes idades existe um comportamento infantil inteiramente normal”*** (Billard, apud SEIDLER, 1974: 207)

Lentamente, a anátomo-clínica da criança segue Bichat e Broussais, especificando para o corpo infantil as teorias gerais da patologia. Esta, associada ao vitalismo francês e ao experimentalismo da fisiologia e bioquímica alemãs, compõe o campo teórico da Pediatria, que passa assim a admitir um certo sincretismo entre correntes teóricas e experimentalismo, possível somente por estar envolto por uma doutrina: a da conservação da criança. Esta vai ser o principal fator de unificação, na prática pediátrica, das atribuições de prevenção e tratamento das doenças das crianças. A convivência do vitalismo, das teorias excitatórias e da concepção generalizante da patologia infantil vai, aos poucos, imprimindo sua marca à Pediatria, 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).

A especificidade que a prática pediátrica adquire em relação à prática médica em geral, precisa agora ser melhor explicitada, de forma que o processo de trabalho do pediatra apareça mais claramente definido ao se evidenciar os elementos que compõem esse processo, por referência ao que se fez quando da discussão sobre processo de trabalho médico em geral. Além disto, o processo de trabalho do pediatra deve ser especificado também em relação às diversas formas de disposição desse trabalho em situações concretas, de modo a se perceber como outras ordens de determinação, externas ao campo de saberes e técnicas próprios à Medicina, atuam na conformação da prática nessas situações concretas.

Em primeiro lugar, deve-se ter em mente que ao procurar objetivar uma necessidade para o trabalho, o médico já o faz recortando da necessidade

aquelas características e atributos sobre os quais pode, através dos instrumentos de trabalho, configurar um produto que esteja de acordo com a finalidade do trabalho e que satisfaça as necessidades postas. Em segundo lugar, ao se falar em necessidade e finalidade, deve-se retomar a idéia de que a prática médica busca estabelecer, como prática social e em conjunto com outras práticas, uma normatividade para os corpos socialmente investidos e restabelecer, como prática técnica, a normatividade perdida pelos corpos que se apresentam para a prática. Em terceiro lugar, dado que nas formações sociais capitalistas os corpos são determinados, em última instância, como agentes de trabalho, a normatividade com a qual se relacionam as representações sociais sobre saúde e doença, e com a qual trabalha a prática médica, está referida principalmente à possibilidade e à capacidade de utilização da força de trabalho pelo indivíduo.

DONNANGELO (1976) aponta dois aspectos da inserção social dos corpos, que permitem percebê-los como diferenciados, não homogêneos, em uma dada formação social. O corpo disposto primordialmente como portador da força de trabalho ***“... adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos “socialmente necessários”, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. Do fato de que o trabalho ocupe posição fundamental na forma pela qual cada sociedade determina o sentido e o lugar social dos indivíduos que a compõem decorre (...) (que) o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não tem significatividade igual, mas, ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual são incorporados à estrutura da produção social.”*** (DONNANGELO, 1976: 26)

Se a prática médica, como vimos, incorpora a normatividade dos corpos socialmente investidos como critério de sua objetivação para o trabalho, a própria necessidade posta para a prática pelo indivíduo que recorre ao trabalho

do médico deve também expressar a diferenciação entre os corpos, definida por sua diferente inserção social.

É o que demonstra BOLTANSKY (1979), ao estudar as representações que os indivíduos das diferentes classes sociais têm sobre o próprio corpo e sobre as situações que os levam a buscar atendimento médico: ***“As regras que determinam os comportamentos físicos dos agentes sociais e cujo sistema constitui sua “cultura somática”, são o produto das condições objetivas que elas traduzem na ordem cultural, ou seja, conforme o modo de dever-ser; são função, precisamente, do grau em que os indivíduos tiram seus meios materiais de existência de sua atividade física, da venda de mercadorias que são produto dessa atividade, ou de emprego de sua força e de sua venda no mercado de trabalho*** (BOLTANSKY, 1979: 167)

A cultura somática resultante dos usos dos corpos e de sua disposição diferenciada na estrutura produtiva, de acordo com os estudos de BOLTANSKY, vai definir a busca diferenciada por assistência médica, estabelecendo uma nuance entre as necessidades de consumo das diferentes categorias sociais que não depende exclusivamente da capacidade de consumo da família, em termos econômicos. Daí se pode deduzir, também, que a necessidade de atendimento médico não é uma necessidade primária, como é a necessidade de comer, por exemplo, mas uma necessidade que se expressa de modo próprio a cada momento histórico e a cada classe social. Além disso, pode-se entender que a prática médica, ao atuar nas representações sociais que conformam a necessidade de consumo médico, e ao responder pela satisfação dessa necessidade, não só cria novas necessidades como, no mesmo movimento, ***“educa”*** para o consumo. ***“Efetivamente, a Medicina, como se constituiu no século passado, necessita para ser exercida plena e eficazmente um receptor racional e adequado, da mesma forma que a economia capitalista exige dos produtores e dos consumidores uma conduta racionalizada, estandarizada e previsível.”*** (BOLTANSKY, 1969: 49)

Ao tomar a criança como objeto de prática e ao redefinir, para essa prática, todos os saberes, técnicas e estruturas de normatividade com as quais opera a Medicina, a Pediatria e a Puericultura o fazem segundo duas linhas que se complementam na conformação do objeto: uma, que trabalha a especificidade do organismo da criança em suas diversas etapas de desenvolvimento, baseada portanto nas ciências positivas que estudam a dimensão biológica do corpo infantil, constituindo-se na determinação do modo de trabalho do pediatra mais "interna" à Medicina; outra, que trabalha com as estruturas de normatividade especificadas para a criança, tomada como portadora potencial da força de trabalho em uma dada formação social, portanto referente às determinações mais "externas" da conformação do modo de trabalho do pediatra.

Nesta dupla abordagem, o suporte da reflexão e da prática é a criança. Mas que criança é essa sobre a qual a Medicina se debruça? Tomada assim genericamente, "a criança" pode ser entendida como "todas as crianças" ou, pelo menos "aquilo que todas as crianças tem em comum". Ao mesmo tempo, o termo "a criança", da forma como é utilizado pela Medicina, designa também a infância, que à rigor é uma época da vida pela qual as crianças estão passando. Nessa ampliação, feita pela via da associação (criança-infância), a Medicina das crianças atribui-se o dever de relevar essa época da vida de todos os homens como de importância capital para o bem estar e a saúde, de modo que a infância deva ser entendida como uma época de vida em que é necessária uma proteção especial para os indivíduos, proteção esta que é dever de todos, dando suporte, juntamente com a escola e outras instituições específicas, ao direito da criança ser cuidada até que se torne auto-suficiente.

Aqui reside um dos pilares da doutrina que dá coesão à Pediatria: o compromisso de proteger a criança e de cobrar essa proteção frente à responsabilidade social. O outro pilar da doutrina apoia-se na susceptibilidade do organismo da criança e no fato de que ela está em desenvolvimento de suas capacidades físicas e mentais. Para a Pediatria portanto, a proteção à infância e o cuidado do corpo da criança se complementam, mas o fazem basicamente por

meio da idealização de uma infância e de uma criança que são modelares, a-históricas, concebidas para a teoria desconectadas das diversas realidades em que estão inseridas. Se tomadas a partir de sua inserção estrutural, as infâncias vividas pelos diferentes indivíduos/criança são muito diversas, assim como as estruturas de normatividade que se aplicam aos seus corpos são diferentes. Ao idealizar em sua doutrina uma criança invariável, a Pediatria, assim como a Puericultura, cumprem uma função ideológica no sentido de situar essa noção de criança no mesmo plano do indivíduo-cidadão, onde todos seriam iguais. Mas é exatamente essa homogeneização das diversas realidades das crianças que propicia aos pediatras acreditarem-se irmanados em uma mesma causa, independentemente do nível sócio-econômico e das condições concretas de vida de seus clientes.

Com a evolução e a aplicação dos saberes e técnicas derivados das ciências biológicas, a Pediatria e a Puericultura vão poder se desvencilhar de um discurso de cunho moral explícito sobre a criança, transitando para um discurso de base científica mais condizente com a postura de neutralidade de que se revestem. Para a prática pediátrica, a “neutralidade” da ciência médica ajusta-se muito bem à concepção de criança com a qual trabalha. Entretanto, não é porque as crianças passam por essa homogeneização conceitual para a prática pediátrica que as diferenças concretas entre elas desaparecem. Assim, ao pensar a criança como ser em desenvolvimento; ao se colocar como finalidade doutrinária favorecer esse desenvolvimento de modo a preservar as potencialidades da criança; ao pensar a criança como um futuro adulto socialmente adequado; ao estabelecer como meta doutrinária elevar as condições de vida e saúde das crianças em geral e das pobres em particular; e finalmente, ao fazê-lo no âmbito da sociedade de classes, a Pediatria e a Puericultura encobrem uma característica marcante, que é a de atuar sobre a produção e a reprodução da força de trabalho, de modo a produzir e reproduzir as próprias classes sociais.

É evidente que o corpo doutrinário da Pediatria e da Puericultura não aponta diretamente para esta característica, uma vez que fala da criança genérica. Tampouco o pediatra entende como finalidade última de seu trabalho aquela função. Mas a prática concreta da Pediatria e o trabalho concreto do pediatra, tomado como prática médica na forma hegemônica que assume nas formações sociais concretas e nas relações que estabelece com outras práticas sociais, oferecem as evidências para essa afirmação.

Ao pensar a criança como devir, um indivíduo que ainda não é socialmente completo, e um organismo ainda em desenvolvimento, segundo as formulações próprias aos campos disciplinares da Puericultura e da Pediatria e ao atuar fundamentalmente sobre a família, no sentido de ser este o “ambiente natural” da criança, a prática pediátrica atua imediatamente sobre uma característica particular da produção social da força de trabalho. Tomada como mercadoria a ser disposta em um mercado de trabalho, a “mercadoria força de trabalho” tem de específico o fato de ser produzida de modo não capitalista, por ocorrer no âmbito doméstico. (PEREIRA, 1976)

De fato, deste ponto de vista, todas as crianças são potencialidade, e todas, até uma certa idade, estão situadas fora do mercado de trabalho, formal ou informal. Mas se a Pediatria toma a potencialidade da criança genérica como objeto do saber e da prática, ao se dirigir concretamente para ela, no momento do trabalho, através do pediatra, o faz de modo a situá-la em distintos padrões de normatividade, redefinidos para a criança. Exatamente por a família abranger a produção da força de trabalho, e por ser a inserção da família na estrutura produtiva a articulação fundamental desta com as outras ordens de determinação, decorre que a potencialidade da criança com a qual trabalha concretamente o pediatra está já mediada por esta articulação. Ou seja, a potencialidade genérica especifica-se ao se tomar uma criança concreta de uma família concreta, e esta especificidade é dada, em primeira instância, pela classe social a que pertence a família.

Esta assertiva, em outras palavras, significa que, tomada como força de trabalho em potencial, a criança concreta tem definidas em maior ou menor grau as futuras possibilidades do exercício de sua força de trabalho (quando se tornar adulta); uma criança de uma família burguesa tem maiores possibilidades, (e maior probabilidade) de ser um trabalhador intelectual do que uma criança de família proletária, por exemplo. Isto tem implicações na forma como as crianças são concretamente atendidas em suas necessidades de saúde.

Mas em uma mesma classe social, as famílias são conceptualizadas para a prática segundo sua adequação e capacidade para o cuidado da criança. Aparece, aqui, uma segunda instância de determinação da potencialidade da criança, pois uma família tida como "disfuncional" pelos conceitos com que opera a Puericultura, tem grandes probabilidades de produzir crianças e futuros adultos "disfuncionais", incapacitados para a vida socialmente produtiva, no aspecto físico, mental e/ou moral.

A Pediatria trabalha, então, com dois níveis de estruturas de normatividade: um, definido pela futura utilização da força de trabalho, no que se articula com as estruturas de normatividade que atuam sobre os corpos adultos em geral; outro, definido pelas estruturas de normatividade que atuam sobre as famílias no sentido de serem famílias "funcionais" ou "disfuncionais" (seguidoras ou transgressoras das normas).

Por outro lado, especificando o trabalho do pediatra nos processos de trabalho concretos que ocorrem nos diversos ambientes de trabalho, aparecem outras ordens de determinação, relativas à natureza dos serviços assistenciais: sua vinculação institucional (estatal, privado, filantrópico, liberal etc); sua finalidade, definida pela vinculação institucional, mas também pelo tipo de problema de saúde a ser abordado, assim como pela tecnologia disponível; a clientela a que se destina, ou que a ele recorre.

Uma terceira ordem de determinação deve ser aqui incluída, pois constitui o objeto de estudo privilegiado deste trabalho: o modo específico com que o pediatra lida com seu objeto de trabalho, articulando na prática todas

aquelas ordens de determinação, de maneira a construir seu próprio espaço social. Já vimos como a prática médica tomada genericamente estrutura-se ao mesmo tempo e no mesmo movimento em que formula as concepções dominantes de saúde e doença, assim como se organiza para responder a necessidades sociais que se manifestam já conformadas para o trabalho médico, em suas diversas modalidades. Já vimos também como a prática médica toma a criança como objeto, e como a conceptualiza para o saber e para a prática. Resta agora colocar no centro da discussão o médico de crianças e redispôr todas as elaborações feitas sobre a prática médica, de modo a captá-las em sua especificidade, no trabalho concreto do pediatra.

A constituição da prática médica em um trabalho de formato "artesanal", possibilitando aos médicos o controle de todo o processo de trabalho e inclusive sua execução, é a base de sua configuração como profissão uniforme, em que os trabalhos parecem diferenciar-se exclusivamente em função do problema colocado para a prática e a tecnologia e o saber específicos necessários para a abordagem competente dos distintos problemas; de modo que a representação social sobre essa prática, e a dos médicos em particular, será a de que a unidade profissional é dada pelo domínio de um determinado saber. Essa representação sobre a unidade profissional dada por uma base mínima de domínio comum dos saberes e tecnologias necessários para a prática médica, a partir da qual os médicos poderão escolher áreas específicas de atuação, demanda um componente ético-moral, de modo que o médico, mesmo legalmente autorizado a realizar qualquer procedimento médico, só o faça a partir do momento em que se sentir capacitado para tal.

A forma em que se organiza socialmente esse compromisso, assim como os regulamentos que vão estabelecer sanções sobre a prática não adequada, são também atribuição médica, embora apareçam de diferentes maneiras nas distintas formações sociais. No Brasil, por exemplo, situam-se no âmbito de jurisdição dos Conselhos de Medicina, sendo que pela legislação

comum é garantida ao médico a ampla liberdade da prática de qualquer ato médico.

Articulada à forma original com que oferece seu serviço no mercado, como produtor autônomo, o médico trabalha também com uma autonomia técnica³, sancionada socialmente e entre seus pares, de modo que essa dupla exigência de autonomia constitui-se em um dos pilares da representação médica do ideal da prática. A livre escolha do médico pelo cliente, e a livre escolha pelo médico da tecnologia necessária a cada situação específica, são os elementos que compõem o pano de fundo das representações dos médicos sobre a forma ideal de trabalho médico.

Mas à medida que a Ciência fornece à Medicina conhecimentos mais específicos e aprofundados sobre os processos orgânicos e as abordagens mais inclusivas do corpo humano em sociedade, fornece também novas tecnologias materiais e não materiais de intervenção médica, o que vai impedir o seu domínio amplo por parte de cada médico.

Ao mesmo tempo, as tecnologias materiais, por demandarem instalações específicas para seu uso, assim como grandes investimentos em sua aquisição, operacionalização e manutenção, vão determinar formas de organização dos serviços que as utilizam, compatíveis com os custos e as instalações. Assim, embora os médicos percebam a especialização como um fenômeno vinculado apenas à abrangência do saber, ela ocorre, como em todos os trabalhos, vinculada às transformações no modo de produção da estrutura global, na qual se insere a prática. E no modo de produção capitalista, isto ocorre precisamente pela via da dupla alienação do trabalhador: a perda da propriedade dos meios de produção e a perda do domínio do saber que preside a técnica e a tecnologia necessárias para a execução do trabalho global, passando ele a dominar apenas o saber estritamente necessário para o seu trabalho parcelar dentro do processo coletivo.

³ A discussão sobre o ideal de prática médica e as transformações por que passa o trabalho médico e consequentemente a recomposição da autonomia está baseadaq principalmente nas elaborações de Schraiber (1993)

Os médicos, ao se conceberem e serem concebidos como profissionais uniformemente produzidos através do ensino médico, em que a base teórica e prática adquirida na faculdade e no hospital universitário garantem uma competência específica mínima igual para todos, podem sustentar, para si e para a sociedade, a idéia de que, embora trabalhando de forma diversa entre si, realizam um único trabalho coletivo, o trabalho médico. Dessa forma, pela exclusividade na produção e na utilização de um saber, e na forma como se apresenta socialmente, a divisão técnica do trabalho médico coletivo aparece sempre como definida pela progressiva especialização de áreas do conhecimento. Esta representação é suportada pela noção geral de que a ciência produz conhecimento aprofundando-se em aspectos limitados da realidade, o que em parte é verdade.

Os médicos diferenciam-se entre si, tomando por base a representação geral e a dos próprios médicos sobre o trabalho médico, em dois aspectos: pela divisão técnica, entendida como necessária para a prática cientificamente balizada; e pela capacidade individual de cada médico de colocar na prática o conhecimento disponível, manipulando adequadamente seus instrumentos de trabalho. Neste aspecto reside a “arte” médica, onde além do conhecimento que cada um possa ter, opera uma sensibilidade na discriminação do uso dos instrumentos, assim como no trato com o paciente.

Na opinião de SCHRAIBER (1993), é essa a forma como **“... historicamente se conectam os aspectos de prática liberal com os de técnica moderna e porque a Medicina que assim se constrói deve constituir-se nessa forma “artesanal” da produção dos serviços. Nisso se apoia a criatividade singular que esse trabalhador desenvolve por meio da experiência clínica concreta e individual, enquanto saber clínico de base social. Trata-se, nesse sentido, de ato criador: uma arte que não se ensina, e sobretudo, não se repete, porque não terá jamais, e por essência técnica, caráter universal. Assim sendo, não é por sua ciência, mas por sua arte, que os médicos se tornam produtores distintos entre si (...) . É com base na**

singularidade da arte que os médicos podem apresentar-se oferecendo serviços de mesma eficácia científica, mas constituindo eficácias operatórias concretas diversas.” (SCHRAIBER, 1993: 193)

As diferentes eficácias operatórias vão aparecer na relação concreta do trabalho com seu objeto, nas distintas situações em que o trabalho se organiza. A ampliação do mercado de trabalho médico e a extensão dos serviços médicos para todos os extratos sociais introduz todo um conjunto de determinações intimamente relacionado com a incorporação diferenciada de tecnologias materiais e não materiais no âmbito do trabalho médico. No que importa a este estudo, a mudança que paulatinamente se opera na divisão técnica do trabalho médico, por conta dessa extensão dos serviços e da tecnologização, vai colocar sob pressão o ideal de autonomia, que deverá ser constantemente recriado para que, apesar das constrições a sua forma original, possa permanecer como ideal de identidade profissional entre os pares.

Por outro lado, o fenômeno da especialização médica gera embates entre os médicos, quando da apropriação de objetos específicos para a prática especializada. Aparece, aqui, a forma mais nítida em que os médicos, em nome de uma disputa na qual se releva nos argumentos a apropriação e a utilização controlada do saber, estabelecem uma ferrenha luta por novos espaços no mercado de trabalho médico. Neste aspecto, interessa-nos abordar especificamente a constituição da Pediatria como área de trabalho, complementando a abordagem já feita sobre sua constituição mais genérica, como campo de saber e de práticas, voltando-nos para o estabelecimento da divisão técnica do trabalho estabelecida “internamente” ao trabalho médico coletivo com sua emergência.

A extrema complexidade de que se reveste a formulação teórica das questões que envolvem o estabelecimento de uma especialidade médica, se analisada dos diversos ângulos possíveis, nos obriga a escolher uma forma de abordagem que privilegie o desenvolvimento deste estudo, sem desconsiderar as outras inúmeras possibilidades. Como já venho propondo, a abordagem a partir

daqui estará centrada em algumas questões mais externas à prática, onde se incluem: a concepção e a relevância social da criança; a constituição de serviços médicos voltados ao seu atendimento; o surgimento do Estado como prestador de serviços médicos e modulador da expansão da assistência médica para os diversos estratos sociais; e questões mais internas, onde se relevará: a construção do saber e das tecnologias que conformam os instrumentos de trabalho do pediatra; a divisão técnica do trabalho e os novos campos de atuação; e a divisão social do trabalho médico, entendida como a estratificação dos médicos dentro da própria profissão, assim como a valorização social diferenciada dos médicos decorrente de sua estratificação profissional.

Retomando os aspectos mais internos à prática médica no que tange à objetivação da criança, não há inicialmente uma especialização dos campos do saber e da prática que possibilitem o estabelecimento de uma divisão técnica do trabalho que caracterize especialização. Embora, como vimos, alguns médicos e cientistas médicos atuem com maior interesse e desenvoltura nesse sentido, a criança como objeto de reflexão e prática médicas continuará imersa no amplo campo da clínica até que se formule, no âmbito da Medicina, uma doutrina de conservação da criança, abrangendo sua condição social de existência, constituindo a criança um objeto diferenciado do adulto pela dupla via da especificidade de seu organismo ("ímatur", em desenvolvimento) e de sua situação social (dependente e susceptível).

Se o campo de saber da Pediatria e da Puericultura têm origens próximas mas distintas, vindo uma da Clínica e outra da Higiene, sua articulação no sentido de conformar uma ampla Medicina das crianças traz em si essa especificidade que, já desde o início, estabelece em relação à clínica de adultos e às outras especialidades: a aproximação com o campo da Higiene, que vai fornecer instrumentos de trabalho de características próprias, tanto os que se referem à apreensão do objeto, como à sua manipulação. Pela via da Higiene, introduz-se para a prática pediátrica todas as formulações que tomam a criança de modo integrado com o ambiente, a família e a sociedade, sendo portanto

instrumentos de apreensão do objeto; outro conjunto de instrumentos refere-se à manipulação desses aspectos, e aqui entram as orientações dietéticas, de cuidados higiênicos, de atividade física. Isto significa que boa parte dos instrumentos de trabalho que vão, em conjunto com os instrumentos derivados da clínica e das ciências biológicas, compor a especificidade do trabalho do pediatra é constituída de tecnologias não-materiais. É por essa característica que há de fato, na prática pediátrica, uma articulação significativa e produtiva da doutrina de conservação das crianças com a própria tecnologia do trabalho, o que não ocorre com as especialidades que se fundam basicamente em parcialidades referidas ao corpo biológico.

Entretanto, para construir esse campo de práticas especializado em crianças, os médicos que se dedicam a essa tarefa vão enfrentar concepções diversas sobre as atribuições da Medicina no trato com a criança, inclusive da parte de algumas importantes eminências médicas, hoje consideradas precursoras da Pediatria.

Henoch, que em 1883 fez parte do comitê fundador da "Associação para Doenças de Crianças" alemã (ABT, 1947), afirmava que a Pediatria não constituía uma especialidade pois "**... as doenças das crianças, com poucas exceções, também ocorrem nos adultos**" (Henoch, apud SEIDLER, 1974: 208). A "Seção para Doenças de Crianças" da Associação Médica Alemã, precursora da Associação para Doenças de Crianças, existia desde 1868. Carl Gerhardt (1833-1902), ao se interessar em atender especificamente crianças na Policlínica de Würzburg, em 1858, e ao fazê-lo com competência e intensidade, gera protestos dos clínicos gerais da cidade, que inclusive tentam impedi-lo legalmente de atender gratuitamente crianças que poderiam pagar pelas consultas. Henoch e Gerhardt foram diretores da "Clínica para Doenças de Crianças" de Berlim, fundada em 1830. Otto Heubner, ao assumir sua direção em 1894, em seguida a Gerhardt, considera a enfermaria da clínica "**um depósito de ossos**", tal o abandono em que estão as crianças. Até então, o próprio Henoch cultivava um sério pessimismo com relação à possibilidade de um tratamento eficaz da criança

internada. Heubner acredita que a má evolução das crianças se deva à má assepsia, alimentação inadequada e enfermagem deficiente, reformulando os procedimentos. (ABT, op cit)

Para dentro da Associação Médica Alemã, a fundação da Seção de Doenças de Crianças gerou protestos da "Seção de Medicina Interna", que culminou com a saída do grupo para a fundação da "Associação de Doenças de Criança", independente. Para dentro da academia, desde a criação da "Seção de Doenças de Crianças", em 1868, preconiza-se a estruturação do ensino de Pediatria na graduação, em todas as faculdades, o que só ocorria em Berlim e Würzburg. De acordo com SEIDLER (1974), a primeira cátedra de "Doenças de Crianças" foi criada em 1894, no hospital da "Charité" de Berlim, sendo ocupada por Heubner, **"... contra a resistência da faculdade, com Virchow à sua frente" (p. 208)**. Em 1902 apenas 8 das 20 faculdades alemãs possuíam uma clínica pediátrica e somente em 1918 foi considerada obrigatória a inclusão da Pediatria no exame de ordem dos médicos alemães.

Na Inglaterra, exemplos semelhantes podem ser colhidos à época. Charles West (1816-1898), originariamente clínico e obstetra, tenta transformar o dispensário infantil da rua Waterloo, Londres, em um hospital para crianças, sendo impedido pelos médicos locais. Seu projeto só se torna realidade em 1852, mas em outro distrito. A fundação da "Sociedade para o Estudo das Doenças em Crianças" ocorre em 1900 e, caminho inverso, vai-se agregar à "Real Sociedade Britânica de Medicina" após 1910, tornando-se uma Seção da Sociedade. O ensino de Pediatria até a primeira década deste século é pouco ofertado nas faculdades, estando centrado nos hospitais, clínicas e dispensários, para onde acorrem médicos já formados em busca de especialização. (ABT, op cit)

Na França, além da disputa com os clínicos, com a "Academia Nacional de Medicina" e da relutância das faculdades, há uma outra estabelecida com os obstetras, que estiveram inicialmente à frente do movimento pela Puericultura. Gaston Variot, criador do dispensário de Belleville onde distribuíam leite esterilizado, convoca em 1905 o "I Congresso Internacional de Gotas de

Leite", auxiliado por Doufours. A idéia das Gotas de Leite, por essa época, havia-se difundido por todos os países ocidentais, inclusive o Brasil, seguindo o trajeto do movimento mais geral pela conservação das crianças e o estabelecimento dos serviços de Puericultura. De acordo com MARQUES, **"... discípulos de Pinard, presentes ao congresso, clamaram para os "accoucheurs" (obstetras) a propriedade da supervisão da alimentação do lactente, apoiados na prioridade que deveria ser dada ao encorajamento do aleitamento materno; Variot e Escherich, contra-argumentando como pediatras, alegaram que a alimentação artificial, em muitos casos, era uma necessidade e que, nestas circunstâncias, a supervisão médica deveria obedecer ao desenvolvimento moderno de especialização na prática médica, sendo matéria para pediatras e não para "accoucheurs."** (1982: 39)

Nos Estados Unidos, a poderosa "American Medical Association" - AMA - organiza uma "Seção Especial de Pediatria" em 1880. Talvez por não se sentirem muito confortáveis dentro da AMA, os pediatras mais influentes, com A. Jacobi à frente, criam a "American Pediatric Society" - APS - em 1888, solicitando sua admissão no "Congresso dos Médicos e Cirurgiões Americanos" (ABT, 1947). A "Seção de Pediatria", no entanto, continua a existir dentro da AMA. Em 1890, a AMA propõe durante seu 40º Encontro Anual a dissolução da "Seção de Pediatria", por desconsiderar sua especificidade em relação a outras especialidades, o que não se consuma. Em 1921, a "Seção de Pediatria" é fortemente repreendida pela direção da AMA por ter apoiado, unanimemente, a decisão do Congresso Nacional de oferecer subsídios aos estados e municípios para a assistência materno-infantil pública. A AMA condena o ato do Congresso (Sheppard-Towner Act) por interferir na prática privada da Medicina. A desistência da "Seção de Pediatria" funda então a "American Academy of Pediatrics" - AAP - que consegue instituir um certificado nacional de especialização, baseado em treinamento específico e exame de capacitação. O primeiro presidente da AAP é Isaac ABT, e em seu discurso de posse afirma que **"... como uma organização, ela deve prestar assessoria e liderança em**

medidas de saúde pública, na reforma social e na administração hospitalar e educacional, já que afetam o bem-estar das crianças.” (PEARSON, 1994: 2). Para a Pediatria dos EUA, a liderança médica não está na AMA. De acordo com PEARSON (1994), os principais avanços da Pediatria americana decorrem das reuniões anuais da APS, em conjunto com a “Society for Pediatric Research” - SPR - criada em 1931.

3. A Divisão Técnica e Social do Trabalho no Interior da Pediatria

Esse sumaríssimo quadro da luta de lideranças médicas pelo reconhecimento da Pediatria como especialidade interessa aqui como ilustração de uma diferença básica em relação à prática médica em geral e às especialidades, no modo como se estabelecem a partir de meados do século XIX. A Pediatria não é a única especialidade que se constitui em torno de um objeto formulado para o processo de trabalho que ultrapassa os limites do biológico na sua constituição. Em graus variáveis e segundo outros recortes, poderíamos citar outras áreas de especialização que tiveram que superar conflitos de atribuição de espaços de atuação na constituição do seu trabalhador médico específico, caso do psiquiatra e do sanitarista. Do outro lado, por se dedicarem a um trabalho em que o corpo não se apresenta para a manipulação do médico, mas seguindo o desenvolvimento tecnológico mais diretamente vinculado à dimensão biológica do corpo, aparecem as especialidades como a Radiologia e a Patologia Clínica.

O estranhamento gerado pela existência de trabalhos médicos tão diversos entre si pode ser “escalonado”, segundo a distância que esses trabalhos guardam do ideal de prática - consubstanciado na consulta realizada por um único médico em seu consultório, dominando todo o processo de trabalho e sendo proprietário dos meios de trabalho. A consulta médica da clínica privada é o emblema da identidade médica construída como profissão unificada, e seu dístico é “liberdade e autonomia”. As especialidades médicas, (a divisão do trabalho

médico coletivo) só são identificadas como pertencentes à mesma profissão, como vimos, por suas relações internas com o saber e pela forma cooperativa que assumem idealmente enquanto trabalhos parcelares. Neste aspecto, também no plano das idéias e das representações, a cooperação entre os especialistas aparece sempre como visando recompor a unidade da clínica médica ou da clínica cirúrgica lá onde se encontram os trabalhos parcelares: o próprio corpo do indivíduo que se submete ao trabalho médico.

Assim teríamos em um dos extremos da escala de distância em relação à clínica idealizada, os sanitaristas, para os quais o objeto se configura em um corpo coletivo, construído a partir de individualidades que, a rigor, o sanitarista não precisa conhecer, uma a uma, para proceder a seu trabalho. No outro extremo, os médicos patologistas, em que a parcialidade com que apreendem elementos constitutivos de um único corpo desobriga-os da presença do "corpo em si", no momento do trabalho. (SCHRAIBER, 1993)

Mas, se a especialização pode ser percebida pelos médicos (e pela sociedade) como decorrente da cientificidade da prática, é porque de fato, no projeto inaugural da clínica, a clínica anátomo-patológica do século XVII, o objetivo que se busca com aquela forma de organização do processo de trabalho é o aprofundamento do conhecimento sobre o organismo doente, de modo a tornar a prática mais científica, abandonando progressivamente a subjetividade na apreensão do fenômeno patológico, substituída pela objetividade do método. (op cit p. 200)

Ao incorporar aos instrumentos de trabalho médico aqueles que permitem apreender e manipular o corpo socialmente investido da criança, a Pediatria gera um estranhamento de outra ordem, diferente da parcialização do saber e da apreensão parcial do corpo biológico: por não derivarem imediatamente do saber que se elabora sobre o organismo, as funções orgânicas e seus desvios, são considerados a priori como "não médicos", dado que "não científicos". De fato, a Higiene só passa a adquirir cientificidade no mesmo momento em que a Pediatria inicia seu caminho em direção à especialidade. É

porisso que a resistência das Associações Médicas e das faculdades de Medicina não se refere à especificidade da doença na criança, que já se sabe tem diferenças com relação aos adultos do ponto de vista orgânico. Desde Rousseau e Billard, a criança é tomada por relação a ela mesma, no aspecto de "ser em desenvolvimento". Como vimos, as "Seções de Doenças de Crianças" são, em geral, bem aceitas pelas Sociedades Médicas.

Para se constituir em especialidade médica sem abandonar a doutrina de proteção da criança, a Pediatria tem que efetuar uma "demarche" em sua fundamentação, tornando-se mais "científica", no sentido de só relevar como conhecimento sancionado para a prática aquele produzido segundo o método científico-experimental. O corpo doutrinário vai aparecer então como compromisso do médico que decide ser pediatra em relação às crianças em geral, estando, não por acaso, expresso invariavelmente no primeiro capítulo dos Tratados de Pediatria, como veremos. Ao efetuar a "demarche", a fundamentação teórica da apreensão de aspectos não biológicos da criança vai-se dar prioritariamente por via das correntes positivistas das ciências do social: psicologia, pedagogia, sociologia.

Edouard SEIDLER (1974), identificando o impacto sobre a Pediatria do darwinismo, da psicologia comparada de Spencer, de Wundt e dos métodos quantitativos de Binet e Simon de mensuração da inteligência, comenta: ***"Não deixa de ser curioso que os pediatras participassem relativamente pouco em estas investigações e submetessem cada vez mais a outras instâncias (que não suas próprias) sua concepção de alma infantil. (...) enquanto que o "Handbuch" de Gerhardt (1877-1887) contém ainda um capítulo monográfico sobre os "transtornos psíquicos da infância", a partir dessa época, portanto de Eduard Hensch, tal capítulo começa a rarear nos tratados pediátricos (...) e na Pediatria já definitivamente universitária de um Heubner e um Finkelstein, nem sequer se fala da psique da criança"*** (p. 209). Para SEIDLER, constitui um paradoxo singular ***"o fato de a Pediatria, dada suas "elevadas exigências sociais" só tenha a oferecer uma "ciência parcial" da***

criança: os princípios metodológicos das ciências naturais, a convicção de poder resolver todos, ou quase todos, os problemas da infância pela via somática e seu distanciamento de outras disciplinas (pedagogia, psicologia, psiquiatria infantil) limitaram forçosamente seu campo de observação..." (op cit: 214)

Neste estudo, o paradoxo apontado por SEIDLER merece outra leitura. Para explicarmos esta divergência, usaremos o mesmo exemplo: CZERNY (1863-1941) principal fisiologista da alimentação infantil no início do século. CZERNY entende que o desenvolvimento da criança ocorre baseado em processos de adaptações, que o médico deve dominar: ***“Entre a criança recém-nascida ou o lactente e seus pais não existe a menor afinidade congênita. O que costumamos chamar amor materno natural e interpretamos como a expressão de uma peculiar relação entre a criança e sua mãe, não é senão a consequência de uma mútua adaptação adquirida (...). Os traços fundamentais do caráter de uma criança se desenvolvem já em sua idade mais precoce e são principalmente influenciados durante ela por dois momentos: a educação e o estado de saúde: (Czerny, apud SEIDLER, 1974: 24)***

O paradoxo a que se refere SEIDLER, trata-se na verdade da preponderância do modelo científico-experimental e de sua racionalidade na formulação, por Czerny, das dimensões afetivas, sócio-culturais e psíquicas das crianças. Do ponto de vista que adotamos neste estudo, não é paradoxal que a racionalidade da Pediatria científica venha a se fundar em concepções como as de Czerny, mas sim uma consequência de sua estruturação enquanto especialidade médica que pretende abordar aquelas dimensões não biológicas pela Teoria biológica da adaptação em uma leitura, na verdade pouco científica, da teoria da Evolução das Espécies de Darwin. Czerny toma a educação como fator “ambiental”, para que possa compor uma teoria naturalizada do desenvolvimento infantil. Educação, nesse sentido, assemelha-se a um

“treinamento do sistema nervoso” e a saúde se consegue com uma alimentação adequada.

Confirmando o domínio da abordagem naturalizante e biológica da psique infantil, é interessante citar um trecho do livro “Formulário Prático de Therapêutica Infantil”, do Professor DR. H. KLEINSCHMIDT, publicado em 1918 e traduzido para o português em 1925 pelo Dr. Martinho da Rocha Junior, expoente da Pediatria brasileira e discípulo da “escola alemã”. No capítulo “Moléstias do Sistema Nervoso”, no item “Hysteria”, o Dr. KLEINSCHMIDT propõe como profilaxia: **“afastar a criança de pessoas doentes, não falar em molestia perto della e habitual-a desde cedo a suportar dôres”**. (KLEINSCHMIDT, 1925: 265)

No mesmo capítulo, subtítulo “Neuropathia”, o tratamento das perturbações do sono implica em: **“tratando-se de criança pequena, julgo, muitas vezes, necessário até prendel-as deitadas por meio de um cinto... . Na segunda infância evite-se o cansaço intelectual, convindo deixar o veso de contar à noite histórias, lendas ou aventuras fantásticas... e além disso evitar qualquer excitação para o lado da esphera sexual”**. (KLEINSCHMIDT, 1925: 272) Nessa altura, dando mostra de uma cultura médica distinta da do autor e talvez a se desculpar por traduzir tais recomendações, Martinho da Rocha acrescenta uma “nota do tradutor”: **“As fábulas, as lendas, as aventuras, os contos são no fundo uma trama symbolica de base sexual. As perturbações do sonno traduzem muita vez excitação do inconsciente psychico. Basta referir que, segundo Freud, o sonho é uma “realização disfarçada de desejos” e que as crianças engendram individualmente “sua” própria “Theoria sexual infantil”, dando aos objectos mais diversos e aos órgãos genitais, designações e significados peculiares (J.M.R.)”** (op cit: 272)

Para o tratamento ou profilaxia do onanismo, KLIENSCHMIDT recomenda **“... não deixar que o doente tenha oportunidade de se masturbar, evitando as más companhias, etc. Pode ser vantajoso empregar uma alimentação pouco abundante nesses casos, impedindo o mais**

possível desenvolvimento precoce do instinto sexual. Evite-se beijar e abraçar a criança extremadamente...". (op cit: 301)

Segue-se nova "nota do tradutor": ***"Idéias modernas de Sigmund Freud (Psychanalyse) atribuem à criança uma certa "sexualidade" latente muito anterior ao período da puberdade, confundida, no início da vida, com o princípio vital (libido). As tendências sexuais difusas systematizam-se harmonicamente na puberdade e o indivíduo "perverso polymorfo" transforma-se em adulto sexualmente definido. (JMR)"*** (op cit: 301)

Colocamo-nos, já, dentro do espaço das diferentes escolas de Pediatria, onde se destacam a alemã, a francesa e a americana. Não vamos aqui proceder a uma discussão sobre essas diferentes linhas do pensamento médico sobre a criança, que retomaremos mais adiante resumidamente ao comentar a conformação da prática pediátrica no Brasil. O que elas têm em comum é a necessidade de correlacionar uma base científica com uma intenção de prática que abranja o controle de situações da vida da criança potencialmente desfavoráveis à sua saúde física e à sua integração social.

Ao recorrer à ciência biológica como base explicativa da condição de saúde da criança, a Pediatria adquire a cientificidade necessária à sua aceitação como prática médica especializada, entre os médicos e perante a sociedade. Nesse mesmo movimento, dada a necessidade de conformar um processo de trabalho em que o pediatra apareça como o médico produtor privado e autônomo, todas as questões que envolvem a problemática de saúde da criança são objetivadas de modo a conformarem elementos de uma consulta médica, onde passam a ser relevadas no momento da anamnese, reaparecendo nos diagnósticos e nas condutas. A conformação da consulta pediátrica como "unidade de trabalho" do pediatra adquire desse modo a característica de meio de trabalho, tecnologia aplicada, sendo o domínio dessa tecnologia e de sua aplicação na consulta médica individual a capacidade específica do pediatra, a competência técnica que o diferencia dos outros médicos.

2

Não é portanto a peculiaridade do organismo infantil que permite à Pediatria constituir-se em especialidade médica. É a conformação de um processo de trabalho onde o objeto, o corpo da criança, é tomado imediatamente segundo suas especificidades orgânico-biológicas, psíquicas, cognitivas e sócio-econômicas, utilizando-se para isso de instrumentos também específicos, de modo a situar esse trabalho no âmbito do trabalho médico coletivo. Assim, a Pediatria amplia de fato a abrangência do trabalho médico coletivo; mas, para fazê-lo, deve ser adequadamente estruturada, de modo a balizar sua tecnologia pelos saberes produzidos pelas ciências que fundamentam a Medicina. Esse espaço de prática médica, tanto no que tange à divisão técnica do trabalho médico, como no que tange à sua estruturação como serviço médico à ser consumido em resposta a necessidades sociais, é o que foi conquistado pelos médicos que decidiram estabelecer uma prática centrada na criança.

Cabe salientar agora a posição que assumimos em relação à conformação da prática pediátrica de acordo com a abordagem a que se procedeu até aqui. Em primeiro lugar, não se trata de mero subterfúgio de um conjunto de médicos, em busca de um espaço no mercado de trabalho. Trata-se, sim, de uma busca incessante de conhecimentos e formas de aplicá-lo, que aponta para a constituição de uma prática necessária, do ponto de vista social e médico. Em segundo lugar, as tecnologias geradas nessa busca, embora determinadas e delimitadas pela base metodológica das ciências naturais-positivas, constituem de fato um sólido instrumento de trabalho médico, desde que aplicado nos limites explicativos e operacionais do método científico-experimental. Existem lacunas entre a doutrina de conservação e proteção da criança professada pela Pediatria, consubstanciada na intenção de praticar uma medicina integrativa dos diversos aspectos da vida durante a infância, e a base tecnológica do trabalho concreto, que não serão jamais preenchidos por esse ramo das ciências.

Antes de serem percebidas como "deficiências" no trato com o objeto, ou simples expressão do "compromisso ideológico da medicina e dos médicos com a ideologia burguesa", essas lacunas devem ser pensadas como áreas de desenvolvimento da própria Pediatria, se quisermos entendê-la privilegiadamente como campo de saber e práticas em constituição. Não cabe aqui, em relação a tudo o que foi dito sobre a Pediatria, nenhum julgamento de valor. Por outro lado, é necessário apontar para os problemas que decorrem da extrapolação da racionalidade das ciências positivas para as questões que envolvem a criança em sua totalidade, como indivíduo concreto. Também deve ser apontada a excessiva tendência em se tomar a criança em sua generalidade, inclusive do ponto de vista orgânico, pela dificuldade real de aprofundarmos a investigação clínica e articulá-la a outros instrumentos que não derivam da ciência biológica.

A Pediatria estabelece-se portanto como especialidade clínica, e dado o conjunto de tecnologias que opera, o recorte do objeto que estabelece e a finalidade que busca com o trabalho, fixa-se inicialmente como processo de trabalho que tem na consulta médica individual sua unidade básica de produção. Essa característica vai permitir, como já parcialmente abordado, uma certa modelagem do processo de trabalho de forma a integrar como trabalho médico diferentes modalidades de prestação de serviços. A própria distinção entre "consulta de Puericultura" e "consulta de Patologia", referindo-se ao motivo da busca pelo atendimento médico, sugere que o mesmo trabalho, a consulta pediátrica, é suficientemente abrangente para servir tanto ao controle de saúde como ao processo diagnóstico de doença. Idealmente, a diferença entre as consultas assim discriminadas estaria na ênfase dada a um ou outro aspecto, evidentemente dependendo da urgência de cada caso, onde o fator tempo vai suprimir em maior ou menor grau aqueles momentos da consulta que se referem à consideração geral da vida da criança.

O fato de haver pediatras trabalhando exclusivamente com crianças internadas, portanto sem realizar consultas pediátricas, não os torna menos

pediatras, pois o que se espera é que eles detenham aquela relação com o saber e o domínio dos instrumentos de trabalho específicos da Pediatria, aparecendo a prática pediátrica hospitalar como divisão técnica do trabalho pediátrico. Com o desenvolvimento das tecnologias médicas de base material, o mesmo processo de especialização estabelecido para a clínica de adultos vai ocorrer para a Pediatria, à medida em que os instrumentos diagnósticos e terapêuticos, os reagentes e medicamentos, os processos deles derivados são especificados para a criança. Do ponto de vista mais interno à Medicina, a divisão técnica do trabalho em especialidades atinge a Pediatria por uma apropriação progressiva desses instrumentos e tecnologias pelo pediatra, que conserva assim o monopólio da prática com crianças. Processo também conflituoso, faz surgir áreas de intersecção com especialidades já estabelecidas pela Clínica de Adultos, como a Pneumologia, a Neurologia, a Endocrinologia, a Gastroenterologia, e que se reproduz na Clínica Cirúrgica, na separação entre a Cirurgia Pediátrica e as Especialidades Cirúrgicas.

A Pediatria, porém, consegue manter sob seu controle boa parte das sub-especialidades pediátricas pelo caminho traçado desde sua constituição. A reforçá-la como especialidade científica e tecnológica, o desenvolvimento da Neonatologia ancora a Pediatria lá onde tudo começa, o nascimento da criança, com o que passa a disputar a medicina fetal com a Obstetrícia; do outro lado, disputa a Medicina de Adolescentes com a Clínica de Adultos.

No que tange a este estudo, cujo objeto é o trabalho do pediatra nos Centros de Saúde, cumpre ressaltar agora um fenômeno que decorre do modo de estabelecimento da divisão técnica do trabalho médico e articulá-lo mais adiante com as relações concretas dos trabalhos diferenciados nos processos de trabalho específicos. Trata-se da divisão social do trabalho médico, a estratificação dos médicos entre si.

Partindo da constatação de que no capitalismo uma primeira grande divisão na inserção estrutural dos indivíduos se estabelece pela característica mais intelectual ou mais manual da natureza de seu trabalho; que a função mais

intelectual se reproduz pelo monopólio do saber que orienta o trabalho, mesmo que no processo de trabalho coletivo o momento fundamental esteja contido em um trabalho manual (como na indústria de transformação); que a divisão social decorrente da divisão técnica se dá pela diferente valorização social do conteúdo mais ou menos intelectual do trabalho; e que a propriedade dos meios de produção é a via pela qual se garante (ou se perde, para os não proprietários) a propriedade de produtos e a extração da mais valia, devemos especificar como o trabalho médico, ao reproduzir a divisão técnica do trabalho em seu interior com o advento da medicina científica e tecnológica, mantém sua característica de trabalho autônomo, embora estratificado.

Em primeiro lugar, ao se constituírem como intelectuais na estrutura de classes, e ao conceber seu trabalho como de natureza intelectual, dada a maneira como se estrutura a prática, os médicos revestem toda atividade médica com essa característica, o que de fato é socialmente relevado na representação social sobre a prática médica. O revestimento intelectual da prática é dado principalmente pela racionalidade científica que preside o trabalho e, como vimos, é também por essa via que a divisão técnica do trabalho médico é entendida como cientificamente necessária, tanto pelos médicos, como pela sociedade. Lembramos que quem produz o saber na medicina são também prioritariamente os próprios médicos, do que decorre, como aponta SCHRAIBER (1993), que ***“... os médicos são produtores diretos de um serviço e simultaneamente intelectuais. Ademais, porque na medicina também o saber separou-se de um saber-fazer (...) aquela combinação de monopólios viria configurar a medicina pelo consagrado e curioso “sincretismo” que marca seu exercício, na noção de ciência e arte de curar”***. (p. 181)

Desse modo, ao se dividir internamente em especialidades que de modo geral constituem-se em torno de trabalhos parciais, que se utilizam de instrumentos e tecnologias voltados para a manipulação do corpo, no que, na realidade, se aproximariam de trabalhos “mais manuais” e tecnologias “mais

materiais”, paradoxalmente é essa prática técnica que é relevada como mais intelectual, por ser “mais científica”.

Assim, a autonomia pode persistir no interior do trabalho como ideal sempre reconstruído, uma vez que **“... os médicos garantiram que a mencionada combinação de monopólio ficasse mantida no nível da prática técnica, no interior do ato médico, mediante o que garantiram para si próprios constituírem-se em produtores diretos dos quais não seria possível alienar a concepção e o controle dos processos de trabalho - quer no conjunto destes, quer em cada ato individualmente”**. (SCHRAIBER, op cit: 182).

No mesmo movimento, toma-se a tecnologia material e as minúcias das abordagens parciais do corpo, dadas pela especialização, como mais intelectuais, devido a elaboração científica necessária para a produção dos equipamentos, reagentes e medicamentos necessários ao trabalho especializado, que se constitui também a partir do aprofundamento do conhecimento das estruturas e funções orgânicas, dos agentes patogênicos e das interações entre eles na patologia.

A prática médica vai ser atravessada, desse modo, pela concepção geral de que a ciência é instrumental, e de que os frutos da ciência mais relevantes socialmente são aqueles que geram tecnologias e processos imediatamente aplicáveis às necessidades sociais. A face instrumental da ciência, sua capacidade imediatamente produtiva, admite entretanto duas leituras: uma, que reconhece sua função social mais evidente, de permitir ao homem o controle da natureza em seu benefício, na qual se apoia o senso comum; outra, a de ser também via de realização do capital pela produção continuada de produtos e serviços consumíveis como mercadorias, assim como consumidora mesmo de outros produtos necessários ao trabalho científico. A ciência vista como prática social é, em si mesma, uma força produtiva, com uma direção precisa, diferente da imagem de neutralidade que se lhe atribui, pela confusão que se estabelece entre a natureza do trabalho científico e a natureza do método mais difundido de

que se utiliza, o experimental, e a sua inserção social como prática estruturada na sociedade de classes.

Essa confusão, que na verdade é fruto de uma construção ideológica da representação social sobre a ciência, produz uma identificação da tecnologia material com o trabalho intelectual necessário à sua aplicação, relevando os dois. Desse modo, estabelece-se uma relação direta entre instrumentos que incorporam tecnologia (equipamentos, medicamentos, reagentes, processos), tecnologia de aplicação desses instrumentos (o saber operante), ciência, e intelectualidade, de tal maneira que aparecerão como mais científicos (e mais intelectuais) aqueles trabalhos onde esses elementos são manipulados e integrados em um único processo. Por esse motivo, é percebido e valorizado socialmente como mais científico (e mais intelectual) um processo de fertilização artificial do que um processo de tratamento de uma diarreia aguda, ou do que um processo de vacinação contra qualquer doença, embora o método de produção dos saberes que orientam tais ações seja o mesmo, estando a diferença limitada aos instrumentos que viabilizam cada um dos processos.

A divisão social do trabalho médico vai estar, assim, determinada internamente pela diferente capacidade de cada médico de incorporar tecnologias, principalmente materiais, ao seu processo de trabalho, o que vai obrigar os médicos a redefinirem seu ideal de trabalho por conta do custo crescente de aquisição e operacionalização dessa tecnologia. Acresce-se a isso o custo adicional de formação do médico especializado na aquisição da tecnologia de operação desses equipamentos de trabalho, o que já por essa via, estabelece uma estratificação entre os médicos, referida agora à oportunidade de se especializar e à capacidade econômica de cada um de suportar esse encargo.

Com a incorporação acelerada da tecnologia, dos equipamentos e de processos sofisticados de diagnóstico e terapêutica na medicina científica e tecnológica, o médico vai progressivamente perdendo a capacidade de manter a mesma relação de propriedade sobre os meios de trabalho, correlatamente à perda do domínio sobre os saberes que se desenvolvem fora de sua área de

especialização. Ocorre então uma mudança na relação de trabalho entre os próprios médicos: ***“Já não se verá uma “cooperação entre iguais”, como a que se dá entre aqueles produtores isolados e independentes no modelo anterior...”***, no sentido de colaboração, assessoria opinativa de um colega mais afeito à problemática de casos específicos, mas ***“... uma cooperação obrigatória e (...) uma cooperação entre desiguais...”***, uma vez que com a especialização aparecem ***“... autoridades distintas de saber, valorizadas técnica e socialmente de modo diverso”***. (SCHRAIBER, 1993: 197)

Toda essa dinâmica de incorporação de tecnologia, por ocorrer ao mesmo tempo e atrelada à extensão da assistência médica a estratos sociais cujos indivíduos não podem arcar com o custo da assistência, vai demandar formas de organização da prestação de serviços e de financiamento que contemplem: de um lado, as conquistas sociais dos segmentos menos favorecidos pela distribuição da riqueza, consubstanciadas nos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde, já traduzido pela dinâmica da estratificação social como direito ao consumo de assistência médica; de outro, a capitalização do “setor saúde”, não só através da produção de insumos, mas pelo investimento direto na constituição de serviços dependentes de esquemas empresariais, como os seguros-saúde, as medicinas de grupo, os convênios, que vão aparecer intermediando a relação do médico produtor direto com a clientela. No limite da extensão da assistência, lá onde a capitalização não é viável, dependendo da forma específica como se institucionaliza o conjunto de práticas relativas aos direitos sociais, aparece o Estado como prestador direto da assistência médica, modulando as formas de capitalização do setor, por meio de financiamento, reembolso e incentivos fiscais, ou via legislação. À perda da propriedade dos meios de trabalho, associa-se o desmonte e a substituição da forma liberal de captação da clientela por outras formas onde ocorre a intermediação das instituições públicas ou privadas.

A estratificação dos médicos entre si vai assumir, assim, a forma de uma “diferença de autoridade” reconhecida entre os pares, referida ao conteúdo

mais complexo das tecnologias necessárias para o trabalho das distintas especialidades, entendidas como dotadas de maior cientificidade. No plano individual, dentro de uma mesma especialidade, a hierarquização vai aparecer como resultado de uma atividade "mais bem sucedida", no sentido de aproximar-se o mais possível do modelo ideal de prática: a atividade liberal e autônoma, do lado da inserção no mercado de trabalho médico, posto que a livre escolha do médico pelo paciente traz embutida a idéia de uma escolha calcada na capacidade de trabalho, na competência profissional, e em resultados concretos, percebidos pela clientela; a atividade científica, do lado da construção do saber, onde a liderança entre os pares depende também do reconhecimento da capacidade de produção científica na área de especialização, na qual se destacam os professores de medicina e os médicos que se sobressaem nos congressos, simpósios e reciclagens médicas.

Forma de captação da clientela, competência técnica e produção científica são a base da representação médica sobre a prática ideal. Com a extensão da cobertura assistencial, as distintas formas de captação da clientela aparecem para os médicos como constrangimentos à liberdade de prática, pois as clientelas vão sendo adscritas às modalidades de financiamento dos serviços, com o que a estratificação social é percebida pelo médico antes mesmo da consulta, nos conceitos de paciente particular, paciente de convênio, paciente sem convênio, paciente do Centro de Saúde etc...

Constrangimento esse que tem outros componentes, pois além da adscrição da clientela, estabelecem-se mecanismos mais ou menos explícitos de controle na utilização de tecnologias, equipamentos, medicamentos, exames, procedimentos, que vão interferir diretamente sobre a autonomia técnica do médico. Nesse sentido, o ideal de prática centrado no modo inaugural com que a medicina se estrutura como trabalho na emergência da sociedade capitalista, perde sua base estrutural concreta, tornando-se um modelo referido sempre ao passado ou a um devir que, se sabe de antemão, nunca chegará. (SCHRAIBER, op cit)

Concordando, então, com SCHRAIBER (1993), concluímos que ***“... o pensamento médico funda-se em noções universais que passam a ter, na ausência (de) relativizações, a possibilidade de assumir qualquer um dos significados já produzidos historicamente, sem assumi-los, exatamente, a cada um por completo, com o que passa a ser simultaneamente representação e norma”*** (p. 214)

Formulado e assumido como representação do ideal da prática médica e como norma a guiar os comportamentos médicos na situação concreta dos trabalhos, esse discurso não contempla as distintas realidades em que, de fato, se inserem os médicos como trabalhadores. Ao não considerar para a elaboração do ideal de prática as situações reais de trabalho, a representação, a norma e os discursos produzidos têm um forte componente ideológico: ***“No que tem de lacunas e naquilo que oculta reside o poder desse pensamento de seguir representando o real no curso da história. Será um saber que não se desfaz em confronto com as contradições, ainda que aí encontre seu limite e seja obrigado a reconstruções periódicas”***. (SCHRAIBER, op cit: 215)

Além disso, e mais importante para entender a situação concreta de trabalho dos médicos de crianças que trabalham nos Centros de Saúde, ao tomar a profissão médica como único conceito agregador da representação sobre todas as condições possíveis de trabalho médico, remete-se para a autonomia o ideal da prática, autonomia que é formulada também de modo genérico, mas progressivamente identificada com a possibilidade de incorporação da tecnologia material ao trabalho, seja pela propriedade dos instrumentos, seja pelo livre acesso a eles quando julgado necessário pelo discernimento médico.

Um tal conceito de autonomia permite aos médicos separarem em suas representações, a inserção institucional de seu trabalho da conformação técnica e operacional do processo de trabalho em que estão envolvidos, entendendo-os como ***“... componentes independentes no interior da prática, podendo responsabilizar pelos fatores limitantes da autonomia um social - que identificou ao primeiro componente - desajustado ao técnico - a que***

restringiu o segundo". Na representação médica, haveria um desajuste, uma inadequação entre as necessidades dos indivíduos, a instituição em que trabalha atendendo esses indivíduos, e o saber médico. (SCHRAIBER, op cit: 215). Os profissionais médicos estão, assim, eximidos da responsabilidade pela inadequação do serviço e de sua própria prática, uma vez que essa inadequação seria gerada por um "social" sobre o qual a Medicina não tem meios de atuar.

Os diferentes postos de trabalho médico vão estar, em decorrência da representação sobre o ideal de prática médica construída pelos médicos e da forma como a Medicina se estrutura como prática social, marcados fortemente pela estratificação social que se especifica, no caso dos médicos, através da divisão social do trabalho médico.

Pode-se deduzir que serão socialmente (e medicamente) valorizados os trabalhos que incorporam tecnologias materiais, realizam-se o mais próximo possível da forma liberal de inserção e preservem a autonomia técnica do médico. Serão desvalorizados os trabalhos que não incorporem tecnologia material, assalariados e de autonomia técnica limitada, por "contingências da instituição" onde são prestados. Além dessas características, os médicos vão valorizar também o nível sócio-econômico e cultural da clientela, pois, como vimos, a prática médica exige consumidores minimamente capazes de informar adequadamente (para o médico) o que sentem, e de entenderem e seguirem as prescrições médicas.

Desse ponto de vista, tomados em sua generalidade, os médicos que trabalham como pediatras nos Centros de Saúde Públicos estão no fim da escala da divisão social do trabalho médico, pois trabalham quase que exclusivamente com a tecnologia não material da prática pediátrica; tem sérias dificuldades com relação ao acesso a serviços especializados e métodos diagnósticos e terapêuticos, além de terem como clientes a população de pior situação sócio-econômico e cultural, o que é percebido também como constrangimento à boa prática médica.

PARTE III: A ESTRUTURAÇÃO DA PEDIATRIA NO BRASIL

1. A Pediatria como Serviço Público e Filantrópico

Seguindo o método analítico utilizado até aqui no estudo da constituição da Pediatria como área especializada do conhecimento e do trabalho médico, a especificidade de que se reveste o trabalho do pediatra nos Centros de Saúde vai demandar uma reflexão sobre a conformação do Centros de Saúde como unidades de prestação de serviços de saúde no âmbito dos serviços públicos, assim como sobre a conformação da Pediatria como especialidade médica no Brasil. Mas não será lá no fim das duas abordagens que faremos coincidir o trabalho do pediatra com a "unidade Centro de Saúde". Ao contrário, o início da prática pediátrica no Brasil confunde-se com o início da estruturação de serviços assistenciais para crianças, os quais servirão de base para a constituição dos Centros de Saúde em modelo organizacional de prestação de assistência médica, assim como ocorreu no resto do mundo ocidental.

Esse entrelaçamento histórico segue toda a formulação e o desenvolvimento do que se convencionou chamar de "Política Nacional de Saúde", e apresenta dinâmicas de articulação diferentes, segundo o momento considerado. Essas dinâmicas podem ser apreendidas nas relações que se estabelecem entre as diferentes finalidades colocadas para o serviço (o objetivo institucional do Centro de Saúde) e a organização técnica do trabalho do pediatra no seu interior. É evidente que a própria existência de Centros de Saúde como unidades prestadoras de serviços de saúde, entre eles a assistência médica, é determinada pela dinâmica mais geral do envolvimento do Estado na prestação direta de serviços, como resposta a demandas sociais que não são passíveis de satisfação, na amplitude necessária, através do mercado, destacando-se aí a educação e a saúde. Esse conjunto de serviços prestados diretamente ou financiados pelo Estado, situa-se no âmbito das Políticas Sociais, pelo seu caráter redistributivo.

Em primeiro lugar, a questão que se coloca é a da introdução, na formação social brasileira do século XIX, de práticas estabelecidas nas sociedades européias, em que as relações capitalistas de produção já vinham se desenvolvendo com vigor, transformando inclusive a própria relação países centrais/colônias, vigente desde o mercantilismo. O século XIX é tomado, aqui, como ponto de partida da análise, pela transição que representa o fim da monarquia e o estabelecimento do Estado moderno, referente às novas relações de produção e seu impacto na estrutura social brasileira.

O ponto de vista adotado é o de que os problemas de saúde emergem como questão política e econômica numa conjuntura diversa da que ocorreu nos países centrais no século XVIII, conjugando uma série de elementos próprios à estrutura social brasileira, entre os quais são relevantes: as novas relações de dependência político-econômica do país, que vão introduzir possibilidades e limites ao seu desenvolvimento; as relações de produção, que passam, nesse período, de relações escravagistas para uma combinação em que ocorre, concomitantemente, o estabelecimento de relações capitalistas em, uma gama bastante ampla de relações pré-capitalistas e um grande contingente de indivíduos colocados à margem do processo produtivo; a conformação de um Estado autoritário, dominado inicialmente pelos interesses da oligarquia agrícola e que aos poucos contempla, em arranjos sucessivos, outros interesses que emergem como resultado das novas relações de produção.

Os médicos, construindo sua inserção social como intelectuais na nova ordem, participam como sujeitos no estabelecimento da racionalidade que vai orientar a forma pela qual o Estado aborda os problemas de saúde e se desencumbe deles. Neste sentido, é importante ressaltar que a própria modernização da medicina brasileira ocorre vinculada às questões mais gerais referentes à modernização do país, de modo que não se deve tomar "os médicos" como uma categoria homogênea, apesar de pequena. Muito pelo contrário, é possível recuperar, através dos trabalhos que estudam o envolvimento dos médicos com os problemas de saúde coletivos, (sua inserção nas correntes

políticas, a própria disputa entre os partidários de uma medicina científica contra os médicos mais antigos), recortes bastante complexos da combinação dessas posições no seio da categoria.

Em linhas gerais, o chão histórico do surgimento de uma prática médica especializada em crianças no Brasil situa-se nas duas últimas décadas do século XIX, acompanhando a emergência da Puericultura na Europa. É pelo contato dos médicos brasileiros com a doutrina da conservação das crianças, durante períodos em que estudavam na Europa, principalmente na França, que os estudantes de medicina ou médicos que buscam especialização têm a oportunidade de envolvimento com a doutrina e a prática pediátricas, freqüentando clínicas, ambulatórios, hospitais e serviços de puericultura.

Antes disso, como aponta Martinho da Rocha, a própria formação médica é pouco contemplada com a clínica de crianças, estando essa atividade limitada ao "Ambulatório de Clínica de Crianças da Santa Casa", no âmbito da prática, e na cadeira de "Partos, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas e de Meninos Recém-Nascidos" no âmbito do curso de Medicina da Faculdade, no Rio de Janeiro (MARTINHO DA ROCHA, 1947). MONCORVO DE FIGUEIREDO, considerado o "pai" da Pediatria brasileira, busca criar as condições de ensino e prática da Pediatria após estadia na França, para onde segue em 1872, ano de sua diplomação. ***"Antes de regressar ao Brasil, decide percorrer alguns hospitais, dispensários e policlinicas, entre elas as de Montpellier e Le Havre, as quais o impressionaram muito favoravelmente, levando-o a cogitar da criação de algo semelhante no Rio de Janeiro"***. (TELLES, 1982: 104)

O Rio de Janeiro, em 1870, contava com uma das duas faculdades de medicina do país, sendo a outra a de Salvador, ambas criadas em 1832 sobre a antiga estrutura de formação de práticos e cirurgiões. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, fundada em 1829, congregava no início apenas 132 sócios, sendo 30 membros honorários e 70 membros correspondentes. Ou seja, a quantidade de médicos era mínima, mas sua posição social suficientemente relevante para que a Sociedade se constitua em órgão de influência decisiva

sobre a consciência dos problemas de saúde no plano nacional. Atua também como aglutinadora da profissão elaborando inclusive a proposta de organização das duas faculdades.

Tentando não tratar superficialmente todas as relações que envolvem a constituição de uma ordem médica nacional e a ordem social na qual está imersa, o que interessa a este trabalho é captar aquilo que especificamente se refere à criança, no bojo do movimento que conforma as representações sobre a "questão de saúde" e a racionalidade que, articulando o social, o médico e o político, conforma o modo pelo qual os problemas de saúde vão ser enfrentados.

Assim, em linhas gerais, com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, logo depois Imperial Academia de Medicina, estabelece-se o fórum em que vai ser gestada e desenvolvida a racionalidade médica hegemônica no país até a Primeira República, quando se implantam os Institutos vinculados à ação sanitária, através da qual, não só a prática médica dá o grande salto em direção à medicina científica e tecnológica, mas a própria ciência brasileira dá seus primeiros passos. (STEPAN, 1976)

Dadas as limitações de ordem científica e técnica com que trabalham os médicos brasileiros, até fins do século XIX, e coerentemente com a estrutura social que mescla um regime monárquico com a esfera produtiva baseada na agricultura e na mão de obra escrava, deve-se admitir que a própria racionalidade médica e as representações sobre saúde e doença estejam, então, distantes dos rumos já impressos nos países centrais, onde a busca de cientificidade na Medicina está já fortemente influenciada pelos avanços tecnológicos aplicados à produção industrial, pelas descobertas das ciências básicas, pela noção da relação entre condições de vida e de trabalho com saúde e doença, e pela ampliação do direito ao atendimento médico. Falta ao Brasil, exatamente, a estrutura social que impulsiona a racionalidade científica da qual, em parte, resulta, tendo em vista a constituição da razão social moderna.

A amplitude possível de uma consciência médica nesse contexto está dada, por um lado, pelo saber renovado trazido pelos que chegam da

Europa, saber necessariamente truncado e lacunar, dado que se trata de experiência individual não reproduzível em sua totalidade, nas condições de prática existentes no Brasil; por outro lado, pelo confronto que estabelece com os saberes e práticas hegemônicos, onde a medicina classificatória e a teoria miasmática, convivem com a inserção política de boa parte dos médicos cuja influência decorre mais da afinidade com a Corte do que de suas competências e do trabalho. As relações entre a Medicina da época com saberes e práticas tradicionais presentes na sociedade brasileira não são desconsideradas aqui, mas a abrangência desta pesquisa limita o estudo desses aspectos.

A Sociedade de Medicina surge, assim, como espaço de afirmação da medicina científica, para os médicos, para a sociedade e para o Estado. Não estando dadas as condições de emergência da prática médica cientificamente balizada e incorporadora de tecnologias, muito menos as condições de produção científica experimental que lhe dá suporte e consistência, assim como não havendo capacidade de consumo médico em condições de dar suporte à própria diversificação da prática pela via da divisão da técnica do trabalho, a Sociedade torna-se, aos poucos, o local de divulgação e debate dos conhecimentos médicos trazidos do exterior. Ao mesmo tempo, ao reconhecer as condições de saúde da população urbana do Rio de Janeiro como precárias, e ao referir essa precariedade à insalubridade do meio, à falta de higiene, à ignorância, e à aglomeração, reproduz, com relação ao Rio de Janeiro, a identidade cidade grande/doença, seguindo uma leitura higiênica pré-bacteriológica, onde a teoria miasmática e os preconceitos de classe são praticamente consensuais e perfeitamente funcionais à estrutura social vigente.

A própria Faculdade de Medicina permanece até a década de 1880 ministrando o mesmo curso inaugurado em 1832, acrescido de algumas disciplinas, que só eventualmente eram cursadas pelos estudantes, os quais, regra geral, conseguiam burlar sua obrigatoriedade por diversos meios. Situada próximo à Santa Casa de Misericórdia, a Faculdade não conseguia do provedor autorização para a instalação de clínicas, para o desenvolvimento do ensino e da

pesquisa. A Faculdade ministrava, assim, curso eminentemente teórico, ficando aos alunos a responsabilidade de se instruir na prática, freqüentando serviços ou sob a tutela de algum médico autorizado ao ensino prático. (TELLES, 1982)

Somente em 1881, com a direção assumida pelo Conselheiro Sabóia, a Faculdade vai iniciar sua modernização curricular e incentivar as clínicas, buscando sua instalação. Em 1882, é solicitado a Moncorvo Figueiredo, face à sua movimentação em favor da assistência à criança e do ensino de Pediatria, **“... estabelecer os fundamentos visando à criação de uma cadeira para o ensino da clínica de moléstias das crianças, nas duas Faculdades”** (Rio e Salvador) (TELLES, 1982).

Já nessa época é grande a abrangência do movimento republicano, e as ideologias mais influentes são o liberalismo e o positivismo, articulando-se com outras temáticas mais específicas, como o abolicionismo, o nacionalismo, o industrialismo, etc. O envolvimento dos médicos com essas correntes modernizantes é conhecido, e o que importa ressaltar aqui é sua contribuição na formação de uma consciência sanitária mais científica, seu engajamento no desenvolvimento de uma consciência nacional, ao produzir um discurso sobre a “constituição multi-racial” da sociedade brasileira. Também aqui não se deve tomar “os médicos” como uniformemente engajados em uma mesma corrente, mas o resultado da elaboração, pelos médicos mais influentes, de discursos, muitas vezes antagônicos, sobre a composição social propicia a ampliação dos referenciais sob os quais se constitui uma consciência de classe, mesmo que, hegemonicamente, tendam a substituir a inserção de classe dos indivíduos pela sua origem racial.

Os escravos são, quase invariavelmente, referidos como difusores de doenças e desencadeadores da desordem, de modo que, com a Abolição, essa característica, tomada como inerente à raça, vai acompanhar os negros como desqualificados e vagabundos. A miscigenação racial ora é valorizada, pela possibilidade de constituição de uma “raça brasileira genuína”, ora desvalorizada, pelos que conferem superioridade à raça branca. Com a imigração italiana e

japonesa, estabelece-se uma comparação positiva pela qualidade e capacidade de trabalho dos imigrantes, mas alguns traços "culturais" são deplorados, como o potencial reivindicatório e contestatório dos anarquistas. As características físicas dos japoneses são pejorativamente comparadas às do mongolismo, e muitos médicos referem-se aos orientais como "os mongóis".

Nessa conjuntura, o discurso higiênico-moralizante toma a criança como objeto privilegiado da transformação social, depositando nela a esperança de construção de uma sociedade ordeira, trabalhadora e unificada em torno do sentimento de pátria. A relação que se estabelece, então, entre as práticas médico-higiênicas e as educacionais-pedagógicas privilegia a reorganização da família e das escolas, no sentido de disciplinar a criação e a educação das crianças. Entretanto, dada a radical divisão da estrutura de classes, os discursos e práticas higiênico-pedagógicas visam exclusivamente a criança das classes dominantes, como podemos ver em Costa (1989): ***"Subtraídos aos pais, os filhos adquirem, nos colégios, uma intensa e contínua intimidade com o corpo e com os problemas morais. Na escola, mais que na casa, as crianças foram lentamente programadas para reagir hiperesteticamente a toda falha, ou, inversamente a toda virtude física e espiritual. (...) os exercícios higiênicos gradualmente adaptavam os corpos ao comportamento social burguês. A sexualidade sadia e a harmonia física e moral distinguiram os pequenos reclusos das indisciplinadas crianças coloniais ou das crianças pobres e escravos da época. A tomada de consciência dos predicados de classe começava na infância pela tomada de consciência do corpo"*** (COSTA, 1989).

Com frequência, ao deplorar os escravos e elogiar a força de trabalho comprada livremente no mercado, tomando como exemplo os países europeus, pretendia-se atacar e modificar as relações de compadrismo, a irresponsabilidade e a falta de civilidade da própria elite, e não a abolição da escravatura. Não se coloca o negro escravo como futuro cidadão, dado que o

trabalho escravo é pensado como "mal necessário". A idéia, e depois a prática, é a substituição da mão de obra escrava pela dos imigrantes.

Desse modo, vistos primeiro como "mal necessário" e após a abolição, como força de trabalho desqualificada, os negros e mestiços vão ocupar na versão brasileira da Puericultura, o lugar das amas-de-leite e dos serviçais como alvo do combate ilustrado contra os preconceitos, a ignorância e a falta de higiene.

No âmbito mais propriamente científico e sanitário, a influência do positivismo e do liberalismo na abordagem dos problemas de saúde coletivos e a construção de um modelo de intervenção sanitária se faz notar pela tematização das relações entre ciência e progresso econômico/social. Com a República, a mudança da estrutura social vai ocorrer segundo uma "modernização conservadora", na qual sucessivos arranjos de distribuição de poder visam contemplar interesses emergentes, numa "transição pelo alto" ou "prussiana", como prefere Coutinho: ***"Todas as grandes alternativas concretas vividas pelo nosso país, direta ou indiretamente ligadas àquela transição (Independência, Abolição, República, modificação do bloco de poder em 30 e 37, passagem para um novo patamar de acumulação em 64), encontraram uma resposta "à prussiana"; uma resposta na qual a conciliação "pelo alto" não escondeu jamais a intenção explícita de manter marginalizadas ou reprimidas (...) as classes e camadas sociais "de baixo"*** (Coutinho, C.N. apud. IANNI, 1980: 71 e 72).

Sodré entende que parcela importante de influência na Transição Monarquia - República deve ser creditada à ***"...burguesia proveniente da economia de exportação..."*** (Sodré, N.W., apud IANNI, 1985: 29). A República é resultado de uma divisão na própria oligarquia agrária, quando seus setores mais modernos, aliados à burguesia agrária e industrial (que, em parte, já se origina da atividade comercial) necessitam de um novo aparelho de Estado, que facilite e impulsione as novas relações de produção. No seio dessa nova composição de interesses dominantes, estão as correntes de pensamento que entendem o país

como atrasado devido à limitada estrutura produtiva, à ignorância do povo, à falta de infra-estrutura em geral, à carência tecnológica e às precárias condições de salubridade. Dada a composição resultante, associam-se também interesses divergentes quanto à necessidade do desenvolvimento da indústria e do comércio nacionais, e quanto ao desenvolvimento da atividade agro-exportadora, que prevalece.

Com essa diretriz prevalente, o Estado autoritário que dá início ao período republicano assume a tarefa de "limpar" as cidades, com projetos de saneamento, reforma urbana, erradicação de doenças epidêmicas, controle do ambiente e da comercialização de alimentos, reproduzindo estratégias já consagradas nos países europeus e em suas colônias. Entre essas, a erradicação das epidemias através de um processo que utiliza conhecimentos de base científica moderna (microbiologia, imunologia, parasitologia), estruturas de pesquisa e de intervenção, e uma abordagem militar da doença epidêmica como inimigo a ser vencido, associa-se a ciência médica experimental aos interesses de classe do Estado autoritário, inaugurando o envolvimento do Estado brasileiro com o controle das condições de saúde da população através de uma modalidade de prática médica.

Se os médicos já estavam inseridos supra-estruturalmente, de forma relevante, na monarquia, com o advento das campanhas sanitárias esse espaço se consolida, com a função infra-estrutural de melhoria das condições de produção econômica e de reprodução da força de trabalho. O modelo científico-tecnológico desenvolvido para o combate às epidemias associa, imediatamente, a pesquisa experimental e o trabalho em laboratório com a epidemiologia e a atividade clínica, favorecendo a ampliação do uso das novas tecnologias e dos novos saberes para a totalidade da prática médica. Sabe-se que os clínicos mais destacados e influentes já reivindicavam a clínica experimental e o desenvolvimento de laboratórios, tanto de apoio clínico como de pesquisa, permanecendo, entretanto, a Faculdade de Medicina imersa na rotina de

repetição de seu curso eminentemente teórico e nos arremedos de clínicas freqüentadas pelos alunos.

Nesse contexto, a criação dos institutos de pesquisa, primeiro em São Paulo e depois no Rio de Janeiro abre a perspectiva do trabalho científico, e não são poucos os clínicos a se engajarem nas atividades dos institutos, com a intenção de desenvolverem o método experimental, de se especializarem em doenças infecciosas, em análises clínicas, ou mesmo de se manterem atualizados pelo intercâmbio com os institutos estrangeiros. O único serviço médico que desenvolvia atividades de pesquisa e ensino nas áreas da clínica e de laboratório, até então, era a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, fundada por Moncorvo de Figueiredo em 1881, com o curso de Pediatria funcionando desde 1882.

O impacto da criação dos Institutos é grande, e a consolidação do modelo de enfrentamento das epidemias centrado nas ações de polícia médica vai ocorrer pela eficácia do modelo, que entretanto gera resistências pelo caráter autoritário e não poucas vezes violento¹. A perspectiva aberta para a medicina científica e as resistências internas ao campo médico podem se vislumbrados na fala de Manuel Vitorino Pereira, médico da Escola Tropicalista Bahiana, que será vice-presidente da República com Prudente de Moraes: ***“os sábios desses conhecimentos que cultivamos já não se fazem nos gabinetes. Trabalham, investigam, fizeram-se operários, desceram às oficinas, vivem nos laboratórios”*** (Vitorino Pereira, apud LUZ, 1982: 26)

Para se ter uma idéia da velocidade com que se instala a estrutura sanitária, basta informar que em São Paulo, estado em que as epidemias vinham solapando a produção e a exportação do café, além de ser causa de alta mortalidade em cidades como São Paulo, Santos, Campinas, Sorocaba etc, foram criados entre 1890 e 1903: o Instituto Vacinogênico, o Laboratório Bacteriológico, o Instituto Butantã, além da organização do Serviço de Desinfecção e do próprio

¹ Sobre a resistência contra a ação das campanhas e da Polícia Médica, ver entre outros: COSTA, N.R.: Lutas Urbanas e Controle Sanitário, R.J., Vozes, 1986.

Serviço Sanitário Estadual, no âmbito da Secretaria do Interior. No Rio de Janeiro são fundados o Instituto Pasteur em 1888 e o Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, futuro Instituto Oswaldo Cruz.

Os institutos são criados tendo por base o modelo do Instituto Pasteur francês, que estabelece convênios com os países interessados ou mesmo instala, em alguns deles, divisões do Instituto, principalmente nas colônias francesas.

Do ponto de vista interno à prática médica, do modo como se estabelece até o fim do século XIX no Brasil, os Institutos e os Serviços Sanitários passam a absorver médicos como um novo mercado de trabalho e como organização de pesquisa e atualização científica. No Rio de Janeiro, com a maior capacidade de reivindicação da classe média organizada, ocorre também desde o início deste século uma progressiva expansão de serviços médico-assistenciais públicos. Assim, à Policlínica Geral, de natureza filantrópica, segue-se: em 1893, o "Serviço de Socorro Médico nas Vias Públicas"; em 1904, o Laboratório Municipal de Análise, juntamente com postos de pronto-socorro; em 1906, o prefeito Pereira Passos instala Postos de Assistência Médica em vários bairros, além de um grande Posto Central, dotando-os de ambulâncias; em 1910, é inaugurado o Posto Central de Assistência, na Praça da República; em 1920, um subsidiário do Central, no Méier. Em 1922, para ampliar a assistência gratuita aos pobres, é criado o Conselho Supremo de Assistência Pública, articulando a beneficência privada e os serviços públicos. Logo em seguida, surgem o Hospital de Pronto-Socorro, o Serviço de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, a Farmácia da Inspetoria Técnica do Pronto-Socorro, o Laboratório de Pesquisas Clínicas e Anátomo-Patologia e o Serviço de Radiologia (LUZ, 1982: 92-93).

Se no Rio de Janeiro a ampliação da assistência médica individual pública, embora insuficiente, segue desde o início do século o desenvolvimento da intervenção sanitária campanhista, o mesmo não ocorre em São Paulo, e neste momento é importante já apontar elementos que permitam entender essa diferença. Em primeiro lugar, a organização dos serviços sanitários, com o

advento da República, é inicialmente descentralizada para os estados, por conta do princípio federativo. É nesse momento que São Paulo, já o principal polo de produção e exportação agrícola e de importação de mão de obra imigrante, organiza seu próprio serviço. A necessidade de garantir a produção, o escoamento, a comercialização e a exportação dos produtos está comprometida pelas epidemias. No plano externo, a importação de produtos oriundos de zonas endêmicas, de doenças como febre amarela e malária, é restringida pelo risco de veiculação de vetores e indivíduos contaminados. Os portos e os países onde ocorrem epidemias são evitados. A imigração é suspensa quando no país de destino as epidemias grassam.

Sem o nível de problematização política da questão da assistência médica individual já presente no Rio de Janeiro, sem contar com as verbas e as iniciativas do governo federal na implantação do serviço sanitário (aliviando os encargos municipais no Distrito Federal), São Paulo vai praticamente restringir seus esforços à instalação e operacionalização do Serviço Sanitário Estadual, sem qualquer iniciativa mais contundente na criação de serviços médico-assistenciais. A diferença entre Rio e São Paulo com relação a serviços urbanos, como a assistência médica, é enorme. Dados esparsos apontam para a existência na Província de São Paulo, entre 1831 e 1835, de 6 médicos, 4 cirurgiões e 14 boticários; 5 dos médicos e a totalidade de cirurgiões estavam na Capital; cidades importantes, como Curitiba (ainda pertencente à província), Piracicaba e Jundiá, não tinham médicos (MASCARENHAS, 1949: 34).

Ao redor de 1870, a capital de São Paulo contava com 12 médicos e 3 homeopatas. Em 1884, foi indicado para Inspetor de Higiene da província o Dr. Marcos de Oliveira Arruda. De acordo com MASCARENHAS, “... **esse cargo não era remunerado (...)** (a Inspetoria) **não era propriamente uma repartição, não tendo sede nem funcionários (...)** a sede era o consultório do próprio **facultativo**” (MASCARENHAS, 1949: 34). A vacinação anti-variólica era realizada pelo próprio Dr. Marcos Arruda em seu consultório.

Em resumo, a assistência médica em São Paulo, mesmo para quem pudesse pagar por ela, era limitada e precária; as ações sanitárias, quase inexistentes. Esse estado de coisas começa a se modificar quando da implementação do Serviço Sanitário, no âmbito público, e o desenvolvimento urbano, atraindo médicos para a capital e depois para as cidades do interior.

Comparado com o Rio de Janeiro, que tinha uma faculdade de medicina desde 1832, uma Sociedade de Medicina com mais de 100 membros já na sua fundação em 1828, alguns hospitais e dispensários e uma Policlínica Geral para assistência, pesquisa e ensino desde 1881, a assistência médica em São Paulo se mostra limitadíssima. Com relação à assistência à saúde da criança, o Rio de Janeiro forma pediatras desde 1882, com Moncorvo Figueiredo na Policlínica, sendo que em 1889 Moncorvo Filho funda a primeira instituição filantrópica de assistência à criança, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Em 1909 é fundada a Policlínica das Crianças, por iniciativa de José Carlos Rodrigues, “... *filantropo e diretor do Jornal do Commercio...*” que entrega sua direção a Fernandes Figueira. (TELLES, 1982)

O envolvimento da sociedade civil com a proteção da criança, no Rio de Janeiro, dirige-se para o caminho aberto por Moncorvo Figueiredo, e não se limita a discursos higiênico-pedagógicos. Conta, já no início do século, com uma base material: a Policlínica Geral, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, a Policlínica Infantil, a formação de pediatras; além disso, há um suporte de divulgação da Puericultura, como se pode ver pelo envolvimento dos jornais com a causa. O “Jornal do Commercio” subsidia a Policlínica Infantil; o “Correio da Manhã” inicia uma campanha em favor da higiene infantil, publicando numerosos textos, (à partir de 1906) dos mais eminentes pediatras, higienistas e outras autoridades, em uma coleção de artigos a que dá o nome de “Campanha Pró-Infância” (NOVAES, 1979); a “Gazeta de Notícias”, por volta de 1885, publica aos sábados os resumos dos cursos de Moncorvo na Policlínica. Os “Archivos de Assistência à Infância” são publicados por quase quarenta anos, a partir de 1901. Há uma evidente influência das proposições de Moncorvo Figueiredo na

conformação das estruturas de assistência à criança do Rio de Janeiro, assim como na conformação da Pediatria como especialidade médica no Brasil, como se nota pelo desenvolvimento da Policlínica e pela organização das cátedras nas faculdades.

Segundo TELLES, em ofício encaminhado ao Conselheiro Sabóia, então diretor da Faculdade, Moncorvo propõe a criação de uma Policlínica Infantil, “... **semelhante à do Dr. Gilbert, no Havre, único meio de poderem-se obter nesta cidade crianças doentes para o ensino da especialidade (Pediatria) na Faculdade de Medicina, atenta à pobreza de casos interessantes que oferece o Hospital da Misericórdia**” (Moncorvo de Figueiredo, apud TELLES, 1982: 99). Sem conseguir seu intento, cria a Policlínica Geral em sua própria residência, na qual instala a Clínica Infantil. A Pediatria, especialidade médica, chega ao Brasil já vinculada ao modelo clínico experimental e articulando, na prática e na teoria, a doutrina de proteção à criança, o conhecimento científico, as tecnologias de atendimento médico e a assistência médica à criança carente.

Moncorvo Filho dá prosseguimento à vertente filantrópica ao fundar seu Instituto. A característica urbana do Rio de Janeiro, a existência já de uma burguesia influente ligada ao comércio, à indústria e aos serviços, assim como um número razoável de funcionários públicos federais e municipais, conforma uma estrutura social onde a demanda por serviços já aparece como reivindicação politicamente organizada, dirigida ao Estado e ao conjunto da sociedade. A extração liberal dos políticos, dos intelectuais e da burguesia emergente imprime sua marca nas ações que visam responder às demandas sociais, como as de atendimento médico. É neste sentido que aparecem as iniciativas, tanto da municipalidade, criando um conselho de integração das ações públicas e beneficentes, assim como uma série de ações de beneficência desencadeadas por industriais e figuras da sociedade, nas quais se inclui o Instituto de Proteção à Infância.

Como vimos a filantropia é a via pela qual o liberalismo articula as demandas sociais, de modo a atendê-las sem comprometer a concepção de Estado mínimo não intervencionista, na superação das carências individuais geradas pelo modo de produção capitalista. De acordo com Donzelot, ***“não se pode conceber a filantropia como uma fórmula ingenuamente apolítica de intervenção privada na esfera dos problemas ditos sociais, mas sim como uma estratégia deliberadamente despolitizante face à instauração dos equipamentos coletivos, ocupando uma posição nevrálgica eqüidistante da iniciativa privada e do Estado”*** (DONZELOT, 1986: 56)

Tomadas por essa ótica da conformação do Estado capitalista e seu desenvolvimento no Brasil, a criação da estrutura sanitária e o desencadeamento das campanhas, engendradas, financiadas, controladas e assumidas exclusivamente pelo Estado restrito, caracterizam-se como atividade pública-estatal, lançando as bases do modelo de intervenção estatal no campo da saúde que se manterá praticamente inalterado até a segunda década deste século. Por outro lado, o desenvolvimento da assistência filantrópica à saúde da criança, como modelo inicial de atendimento médico à criança no Brasil, vai marcar profundamente as estruturas assistenciais, a representação social a respeito desses serviços, a própria representação médica sobre as características do trabalho ali desenvolvido, de modo que a prática pediátrica nos Centros de Saúde não perderá nunca essa perspectiva filantrópica, à qual se associa o componente doutrinário da Pediatria.

Essa reflexão é importante neste momento pois, embora seja tomada em geral de modo subordinado à intervenção estatal no campo da saúde pública, a emergência dos serviços de puericultura filantrópicos nos centros urbanos brasileiros no início deste século responde, ao mesmo tempo e no mesmo movimento, à estruturação do Estado liberal e à conformação da sociedade de classes, contribuindo desde o início do século na consecução de duas funções primordiais do Estado capitalista: o favorecimento da acumulação do capital e a

manutenção da legitimidade necessária para se manter enquanto estrutura de coesão social em torno de interesses hegemônicos.

As ações filantrópicas do “polo médico-higienista”, desencadeadas em prol da criança desde o fim do Império, negam em determinada medida a exclusividade das ações sanitárias como único modo de intervenção do Estado nas questões de saúde pública. Mesmo se tomarmos as iniciativas filantrópicas como de efeito mais ideológico, portanto com funções supra-estruturais, por conta da pequena quantidade de serviços, ocorre na verdade um ensaio de formulação de estruturas assistenciais, de objetos e finalidades institucionais que declaradamente são elaboradas para uma futura absorção pelos serviços públicos. É o que acontece com a Policlínica de Moncorvo Pai, que a oferece para a Faculdade de Medicina; é o que se repete com o Instituto de Moncorvo Filho que, em 1918, propõe a criação do Departamento Nacional da Criança, inspirando-se no Children's Bureau americano, ligado ao Departamento do Trabalho. De acordo com NOVAES, **“como as autoridades públicas não se interessam pelo projeto, Moncorvo Filho funda uma entidade privada em 1919 com esse nome ...”**. (Departamento Nacional da Criança) (NOVAES, 1979: 100)

Novaes também se refere a um artigo de Queiroz Mattoso nos “Archivos de Assistência à Infância”, de 1907, em que este afirma: **“É preciso que aqui, como em outros países, o movimento (Puericultura) parta da iniciativa particular (...). Os socorros públicos pelos poderes competentes virão mais tarde”** (Queiroz Mattoso apud NOVAES, 1979: 61).

Ora, a ação filantrópica em direção à criança, via assistência à saúde, é um complemento necessário, público, à ação sanitária estatal. Há que se ter em conta que os filantropos, industriais, empresários, intelectuais, médicos, que se engajam nessa modalidade de ação filantrópica, são os mesmos que disputam com os conservadores e a oligarquia atrasada o poder de estado e a hegemonia ideológica. São os mesmos que, decididamente, apoiam as ações sanitárias estatais como método científico de combate às doenças epidêmicas.

São os mesmos que propõem o ensino público gratuito, depois obrigatório, o “combate ilustrado” à ignorância, ao uso perdulário do corpo, aos vícios, à preguiça etc Tudo em nome da ordem e do progresso, uma ordem e um progresso positivos, onde a ciência ocupa lugar de destaque; a ordem e o progresso da sociedade industrial.

Neste sentido, não cabe separar o início da prática pediátrica no Brasil da instalação dos serviços sanitários e de seus institutos e laboratórios; ao contrário, para este trabalho não se trata nem de uma coincidência histórica, nem de uma diferença marcada pelo caráter coletivo e estatal de um, contra o privado e individual de outro. Ambos se inserem no mesmo modelo médico-higiênico pensado e articulado como alavanca para a modernização da sociedade brasileira. Ambos se constituem em serviços de utilidade pública, ainda que os serviços de assistência à criança sejam inicialmente financiados pela filantropia. As Policlínicas, os Institutos de Proteção à Criança, as “Gotas de Leite” que se instalam no Brasil são, de fato, os primeiros serviços filantrópicos de assistência à saúde, se tivermos em conta a diferença fundamental que existe entre caridade e filantropia. A filantropia estabelece, pela sua doutrina, os rudimentos dos direitos sociais da criança, e isto pode ser percebido nas atribuições do Instituto de Moncorvo Filho:

“Artigo 1º - O Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro..., - é uma instituição de fins filantrópicos, destinada a amparar e proteger a infância necessitada.

Artigo 2º - Terá como fins particulares:

a) Inspeccionar o regime de lactação e regulamentá-lo, segundo os princípios da higiene infantil;

b) Inspeccionar as condições em que vivem as crianças pobres, especialmente a alimentação, roupas, habitação, educação, instrução etc, com o fim de proporcionar-lhes o devido amparo, procurando

concentrar neste sentido os esforços de outras associações de caridade e religiosa;

c) *Dispensar toda a proteção necessária às crianças que receberam maus tratos físicos, habituais ou excessivos; as que estejam privadas dos cuidados indispensáveis; as que se entregarem à mendicidade, vadiagem ou libidinagem; as ocupadas em misteres condenados pelos bons costumes e inconvenientes à puerícia; e por último, as moralmente abandonadas, tais sejam os filhos de pais de má conduta, ébrios, mendigos ou condenados;*

d) *Auxiliar, pelos meios de que possa dispor, a inspeção médica nas escolas públicas e particulares; inspecionar o trabalho da mulher na indústria, para favorecer indiretamente a infância, regulamentar e exercer vigilância sobre o trabalho das crianças, a fim de evitar fadigas excessivas e todas as consequências que delas possam resultar;*

e) *Zelar pela vacinação e revacinação das crianças que forem apresentadas ao Instituto, solicitando para esse fim o concurso do Instituto Vaccinico Municipal;*

f) *Difundir noções, princípios e instruções tendentes à profilaxia da tuberculose e de outros morbos comuns à infância;*

g) *Criar, quando possível, jardins de infância, asilos de maternidade e creches, preenchendo os seus respectivos fins;*

h) *Manter o "Dispensário Moncorvo" para tratamento das crianças pobres, com preferência das que forem fisicamente defeituosas, anêmicas, raquíticas, débeis etc, prodigalizando-lhes todos os recursos modernos da terapêutica e da higiene;*

i) *Criar, quando possível, um hospital para as crianças reconhecidamente pobres;*

j) *Auxiliar a ação dos poderes públicos, quer federais, quer estaduais ou municipais, na proteção dispensada às crianças desprotegidas, necessitadas e indigentes, procurando com eles manter*

***relações de que possam resultar benefícios no sentido indicado...”
(NOVAES, 1979: 58-60)***

Corroborando o sentido da análise feita até aqui, da associação em um mesmo modelo médico-higiênico das ações sanitárias e da assistência à criança, em última análise, da constituição da prática pediátrica no Brasil, podemos assinalar uma série de fatos que, mesmo sem uma análise mais detida, delineiam a absorção pelo serviço público do modelo de organização do serviço de assistência à criança estabelecido pela filantropia.

1- Em São Paulo, onde a filantropia não é ainda uma forma emergente de resposta às demandas e necessidades sociais, é criado em 1905 por Emílio Ribas, um Serviço de Inspeção de Amas de Leite, entregue à direção de Clemente Ferreira. O serviço ficaria instalado junto à Diretoria do Serviço Sanitário, contando com um consultório para exame das amas de leite, e de seus filhos lactentes. O Laboratório de Análises do Serviço faria a avaliação das qualidades químicas do leite, emitindo laudo. Clemente Ferreira fez sua formação pediátrica na Policlínica de Moncorvo Figueiredo.

2- Em 1911, esse serviço dá origem à Secção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite. No mesmo decreto, é baixado um Código Sanitário, onde constam normas e rotinas de Higiene Escolar. Em 1916, estas ações são transferidas para a Diretoria Geral de Instrução Pública (futura Secretaria de Educação), criando um Corpo Médico Escolar.

3- Em 1917, são instalados junto à Secção de Proteção à Primeira Infância um lactário, um laboratório clínico e uma farmácia, a fim de fornecer medicamentos às crianças atendidas no Dispensário Clemente Ferreira. (NOVAES, 1979, MASCARENHAS, 1949)

A limitada abrangência da Secção de Proteção à Primeira Infância não permite que esses esforços sejam entendidos como tentativas ingênuas e incipientes de atuação sobre a dramática situação de vida das crianças paulistas. É evidente a intenção de criar um modelo, que possa ser reproduzido

amplamente, em uma melhor oportunidade. Essa oportunidade começa a ser delineada a partir de 1916, quando o combate à malária e à ancilostomíase exige uma nova estratégia de enfrentamento, diferente do modelo campanhista.

Sendo endemias rurais, e de erradicação impossível, as ações sobre a malária e a ancilostomíase visam o controle de sua incidência e prevalência, mantendo baixos seus níveis. São também doenças tratáveis, e essa conjunção de características demanda uma estrutura de controle dessas endemias centrada no indivíduo, uma vez que o diagnóstico e o tratamento adequados de cada caso têm um efeito decisivo na cadeia de transmissão da doença. No caso da ancilostomíase, além do saneamento ambiental, do diagnóstico e do tratamento, a educação higiênica é importante: construção de fossas, uso do banheiro, uso de calçados, visita regular ao serviço médico-sanitário.

Data dessa época o início de uma relação mais estreita do Serviço Sanitário paulista com a concepção médico-sanitária americana, desenvolvida pela Johns Hopkins University e fomentada pela Fundação Rockefeller.

O modelo médico-sanitário da Johns Hopkins é fruto de decisão governamental de tornar mais científicos o ensino, a prática médica e a administração pública dos serviços médicos, após o relatório Flexner. Com relação à higiene e à saúde pública, desenvolvem-se três linhas de trabalho: no MIT, a articulação entre medicina e engenharia sanitária; na Columbus University, a articulação entre medicina e ciências sociais; na Johns Hopkins, já qualificada como cientificamente avançada na pesquisa médica, estabelecem-se os cursos de Higiene (modelo alemão, voltado mais à pesquisa dos agentes e vetores) e de Saúde Pública, que visava, basicamente, a formação ampla de agentes sanitários, articulando os conhecimentos médico-sanitários com o planejamento, estratégias de intervenção, administração pública etc Estabelecem-se cursos de curta e longa duração, e médicos são trazidos do mundo todo para a implementação do modelo em escala mundial.

A Fundação Rockefeller financia os cursos e fornece as bolsas de estudo: envia consultores aos países interessados e cria serviços específicos

nesses países, que demonstram a eficácia do modelo, como ocorre com os postos de combate à ancilostomíase no Brasil.

Nesse momento, os Estados Unidos já são o principal importador do café brasileiro, e as relações comerciais e da política internacional já colocam o Brasil sob a esfera de influência americana, o que vai ser acentuado após o fim da Primeira Guerra e com a ampliação da industrialização brasileira.

É assim que, em 1915, já aparece no relatório anual da "Rockefeller Foundation" a informação: ***"Uma Comissão será enviada ao Brasil, em janeiro de 1916, para estudar a organização médica, hospitais, dispensários, doenças prevalentes, serviços de saúde pública e progressos em saúde pública."*** (MASCARENHAS, 1949: 73). Decorrente de acordo feito com a Fundação, em 1918 é iniciada uma campanha intensiva de combate à ancilostomíase, instalando-se postos em todos os municípios afetados. ***"Essas unidades sanitárias especializadas (...) quer as subordinadas à Inspetoria de Profilaxia Geral, quer as ligadas à Comissão da "Rockefeller Foundation", foram os núcleos iniciais dos actuais centros de saúde e postos de assistência médico-sanitária"*** (MASCARENHAS, 1949: 73).

A constituição de um novo modelo de intervenção sobre os problemas de saúde coletivos responde às mudanças da estrutura social e abre espaço para que aflorem diferentes correntes de pensamento e de atuação política, na disputa pela concepção dos serviços, como bem descreve Merhy². No plano nacional, dada a emergência de novos atores na cena política a partir das lutas sindicais e dos movimentos urbanos, ao novo modelo médico-sanitário de prestação de serviços públicos vai se somar o início da implantação dos serviços médicos vinculados à estrutura previdenciária, estabelecendo uma separação nítida entre os usuários de cada tipo de serviço. Desde a década de 20, a assistência médica ambulatorial e hospitalar, incorporadora de tecnologia material e consumidora de equipamentos e medicamentos vai ser acessível progressivamente aos trabalhadores urbanos, acesso esse regulado pela

² Merhy, E.E.: "O Capitalismo e a Saúde Pública", 1987; "A Saúde Pública como Política", 1992.

vinculação ao mercado de trabalho formal, inicialmente às categorias mais organizadas pela via das Caixas e dos IAPs, posteriormente pela generalização que ocorre com o advento do INPS, unificando as Caixas e Institutos de Previdência.

A estrutura médico-sanitária vai ser responsável pela assistência médica da população desvinculada do mercado de trabalho formal, tendo como retaguarda de apoio hospitalar as Santas-Casas de Misericórdia (instituições de caridade) e algumas instituições filantrópicas. Aos poucos, vão surgindo os hospitais universitários que substituem o ensino médico hospitalar baseado nas Santas Casas, e que posteriormente serão as retaguardas hospitalares do serviço médico não previdenciário.

Os Centros de Saúde, unidades de serviço que comportariam as atividades fundamentais de vigilância sanitária, combate às endemias, atendimento médico a problemas específicos e uma série de outras ações médico-sanitárias, são propostos por Geraldo de Paula Souza no âmbito de uma ampla reforma administrativa do Serviço Sanitário Estadual. A reforma em si, e a concepção de Centro de Saúde, baseiam-se na proposta médico-sanitária americana, com a qual Paula Souza toma contato através dos cursos da Johns Hopkins. A estreita relação de Paula Souza com essa universidade e, principalmente, com a Fundação Rockefeller, vai gerar resistências ao projeto, tanto em São Paulo como perante outros notáveis sanitaristas brasileiros, nacionalistas. O projeto em si sofre os ataques em São Paulo dos sanitaristas ligados à corrente "campanhista policial". Outros entendem que a proposta é um "exercício teórico", destinado ao fracasso quando for colocada em prática.

Para Paula Souza e seus correligionários, a moderna Saúde Pública baseia-se no tripé: consciência higiênico/sanitária - métodos modernos de profilaxia e combate às doenças prevalentes - administração pública de base científica. A reforma de 1925, quando já é o Diretor Geral do Serviço Sanitário, incorpora essa concepção, de modo que a estrutura fundamental da ação passa a ser o Centro de Saúde. (MERHY, 1992)

Se, ainda hoje, a idéia do que seja um Centro de Saúde apresenta divergências fundamentais, de ordem conceitual, organizacional e mesmo de objetivos, demonstradas pela diversidade de serviços de assistência médico-sanitária que se abrigam sob essa nomenclatura, no momento em que Paula Souza formula sua concepção de Centro de Saúde ela nada mais era do que uma formulação teórica, mesmo que ancorada em firme base conceitual. Esta formulação teórica de Paula Souza vincula-se a experiências desenvolvidas nos Estados Unidos, que merecem ser sucintamente colocadas.

Um movimento pela instalação de Centros de Saúde vinculados a comunidades carentes, principalmente imigrantes (poloneses, italianos, russos, judeus) que residiam em bairros pobres de cidades americanas, é apontado por ROSEN (1980) como o ambiente teórico-experimental de formulação dos objetivos, da organização e da vinculação administrativa dos Centros de Saúde entre as décadas de 1910 a 1930, nos EUA.

Esse movimento visava oferecer assistência social a essas populações, marginalizadas por conta da diferença cultural (dificuldades com o idioma, desconhecimento dos hábitos americanos) assim como da precariedade de sua situação sócio-econômica; costumavam residir em bairros onde a população fosse da mesma origem, constituindo-se quase em guetos, sendo além disso hostilizados pelos americanos. Nessa situação, a integração positiva dos imigrantes à sociedade americana ficava difícil, e propostas são feitas tanto para uma organização social mais solidária, com base nas comunidades, como para uma assistência social mais decidida e específica por parte das municipalidades.

Outro movimento que está na origem das propostas de Centros de Saúde é o da distribuição de "leite certificado", uma versão americana das Gotas de Leite de Doufours e Variot. Em 1893, Natham Straus, um industrial, vislumbra a possibilidade de enfrentar a alta mortalidade das crianças pobres, provocada basicamente por diarreia e desnutrição, através da distribuição de leite de origem controlada: o "Certified Milk", distribuído em "Milk Depots". De início, essa prática se estabelece como atividade filantrópica, vendendo-se o leite a preço de custo,

ou distribuindo-o gratuitamente para quem não podia pagar. O sucesso é enorme, e em 1898 Straus é guindado ao posto de presidente do "Board of Health" de Nova York. (MARQUES, sd)

Straus praticamente abandona seus negócios e dedica-se exclusivamente à implantação de uma política de controle da qualidade do leite, que vai atingir o país inteiro em 1907; amplia o número dos "Milk Depots" e, já em 1905, informa, em conferência realizada na Associação Médica Britânica estar fornecendo 250 mil garrafas de leite por mês. Faz então um alerta às autoridades públicas: **"... é óbvio que o trabalho no qual me envolvo necessita, na taxa atual de expansão, um curto prazo de tempo para transcender os limites do esforço privado (...) antes que chegue esse tempo, a própria cidade (deve estar) preparada para aceitar a obrigação (...) de tornar o fornecimento de leite de boa qualidade para lactentes uma função municipal"** (Straus apud MARQUES, op. cit.: 51). A primeira fábrica de leite em pó é instalada em Nova York em 1908. Já em 1913, dos setenta e sete "Milk Depots", dois terços eram da atribuição exclusiva do Departamento Municipal de Saúde. (MARQUES, op. cit.: 51)

Juntando os "Milk Depots" à proposta de Budin, Variot e Doufours, Wilbur Phillips, secretário do "New York Milk Comitee", órgão municipal criado especificamente para reduzir a mortalidade infantil pela fiscalização do leite e sua distribuição aos carentes, pensa em ampliar a ação dos "Milk Depots": transformá-los em **"... centro de influências para a vida da criança, onde os bebês seriam examinados por médicos, onde as mães poderiam ser ensinadas quanto à forma de manter a saúde de seus filhos e a partir de que seriam irradiadas as influências a respeito da educação e da melhoria social"** (Phillips, W., apud ROSEN, 1980: 383).

As idéias de Phillips com certeza conflitavam com as diretrizes da municipalidade novaiorquina, e sua primeira experiência é realizada em Milwaukee, em 1911, onde monta um centro de cuidados materno-infantis em um distrito polonês. A administração de Milwaukee é a primeira socialista nos EUA, e

Phillips está filiado a esse partido. Com o fim da administração, o projeto é arquivado, mas a idéia vigora na "National Social Unit Organization", fundada por Phillips, que propunha a organização comunitária democrática como forma dos cidadãos influírem nos assuntos da comunidade, **"utilizando ao mesmo tempo e de forma constante a melhor técnica disponível"** (ROSEN, 1980: 385). Essa proposta, levada pela organização de Phillips, tem destaque nacional.

Em 1919, C.E.A. Winslow, professor do curso de Saúde Pública da Johns Hopkins afirma: **"A manifestação mais notável e típica do movimento de saúde pública da atualidade é o centro de saúde"** (Winslow, "The Health Center Movement", 1919, apud ROSEN, 1980: 390)

Com o fim da guerra, em 1919, a Cruz Vermelha, que já estava envolvida com 19 dos 72 centros de saúde existentes nos EUA, faz um estudo sobre suas características: 33 eram públicos, 27 filantrópicos e 16 mistos; mais 33 estavam planejados. Dos 72, 37 faziam algum atendimento clínico, 34 faziam visita domiciliar de enfermagem, 29 trabalhavam com puericultura; apenas 10 contavam com laboratório e 9 distribuam leite. Em 1930, a "White House Conference on Child Health" conta 1.511 Centros de Saúde nos EUA, metade dos quais públicos e metade filantrópicos (ROSEN, 1980)

Em 1922, é desenvolvida em Baltimore uma experiência conjunta do Departamento de Saúde, agências voluntárias e a Escola de Higiene e Saúde Pública da Johns Hopkins, estabelecendo um distrito sanitário, visando o **"estudo intensivo dos problemas de saúde pública, (abrir) um laboratório de campo para testar novos procedimentos administrativos e treinar pessoal"** (ROSEN, 1980: 395). Também em Los Angeles, a partir de 1919, é implantada uma rede de Centros de Saúde com assistência médica integrada, acessível aos pobres, assim definidos por uma avaliação de suas condições sócio-econômicas. Essa iniciativa é bloqueada pelos médicos privados sob a acusação de que **"... indivíduos não necessitados estavam abusando de um serviço destinado só a indigentes (...)"** (ROSEN, 1980, p.395).

Pode-se concluir que a formulação de centros de saúde por Paula Souza incorpora toda a problemática já vivida nos EUA com o movimento de criação de Centros de Saúde, assim como a leitura que o curso de Saúde Pública da Johns Hopkins já fazia dela. A reforma do Serviço Sanitário não visava apenas a criação de Centros de Saúde, mas estes seriam a base de ação do Serviço, que ***“saía da fase da polícia médica para entrar na fase da educação sanitária”*** (MASCARENHAS, 1949: 88).

A disputa de concepção que se estabelece nesse momento, vai engendrar dois campos teórico-conceituais e políticos em torno dos quais se articulavam as divergências. De um lado, os partidários do que MEHRY (1992) denomina modelo tecno-assistencial “vertical permanente especializado”; de outro, os adeptos do modelo “rede local permanente”. Ambos consideravam que não se deveria incorporar a assistência médica às ações dos serviços de Saúde Pública, a não ser de forma restrita e submetida ao objetivo primário da organização sanitária: para os primeiros, “vertical permanente especializado”, controlar e tratar doenças específicas e epidemiologicamente relevantes, como a tuberculose, a hanseníase, o tracoma etc; para os afinados com o modelo “rede local permanente”, a educação higiênica e sanitária, contínua e metódica, que resultaria inclusive num melhor controle das doenças referidas (tuberculose, hanseníase etc)

Com relação à criança, as divergências são mínimas, uma vez que os Centros de Saúde contariam, em geral, com ações de vigilância, distribuição do leite, tratamento das verminoses, consultas de puericultura, ações educativas. Deste ponto de vista, é notável a redução do campo de atuação possível dos pediatras nesse serviço básico, pela intenção de se evitar que o centro de saúde fosse uma unidade para tratamento de doenças quaisquer. O decreto de criação da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde fala por si:

“1. É criada, como dependência imediata da Diretoria Geral do Serviço Sanitário, uma Inspeção de Educação Sanitária e de

Centros de Saúde que se incumbirá de promover a formação da consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica, definidas neste decreto.

II.(...)

III. O serviço terá essencialmente o carácter de assistência sanitária e estranho consequentemente, a toda clínica que não tiver o imediato objectivo profilático da redução dos focos contagiantes, como for previsto no regimento interno do serviço.

IV. A educação sanitária se fará (...) de modo a impressionar e convencer os educandos a implantar hábitos de higiene. Será ministrada ao indivíduo isoladamente ou em grupos (...) nos Centros de Saúde, em visitas domiciliares, ou aos estabelecimentos escolares, hospitais, comerciais, fabris.

O serviço visará de modo especial a higiene individual, pré-natal, a infantil e a idade escolar...

V.(...)

VI. Os centros de saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos:

a- de dispensar a doentes tratamento medicamentoso, nos casos restritamente previstos no regimento interno do serviço: e para encaminhar a instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento;

b- de uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis;

c- de localizar focos;

d- (...)

e- (...)

f- (...)

g-(...)

VII. Em cada centro haverá (...) os seguintes serviços gratuitos (...):

a- higiene pré-natal (...)" (NOVAES, 1979)

Evidencia-se com a leitura do decreto que:

1- os serviços do Centros de Saúde são públicos, mas não gratuitos para todos;

2- o atendimento médico é restrito a determinadas situações clínicas ou a determinadas atividades integradas à educação higiênica e ao controle da saúde, isto em um momento em que não há praticamente qualquer alternativa à consulta médica privada. Se houvesse amplo acesso da população ao atendimento médico, público ou filantrópico, não haveria porque "proteger" os Centros de Saúde dessa demanda, já no decreto de sua criação;

3- boa parte da organização do Centro de Saúde está voltada para o atendimento materno-infantil: higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, lactário, cozinha;

4- curiosamente, não se fala em vacinação nos Centros de Saúde: seria a vacina anti-variólica utilizada ainda no esquema campanhista, exclusivamente?

De qualquer modo, inicialmente o único Centro de Saúde instalado é o Centro Modelo, e ainda assim precariamente. Em 1931, a corrente "vertical permanente especializado" assume o Serviço Sanitário e desmonta a reforma de Paula Souza. Por essa época, havia 3 Centros de Saúde funcionando, que são transformados em Dispensários, ligados à Inspetoria de Proteção e Higiene da Primeira Infância (MASCARENHAS, 1949)

A unidade de prestação de serviços médico-sanitários deixa de ser o Centro de Saúde e passa a ser o Dispensário, que se limita às ações vinculadas ao problema clínico-epidemiológico específico. Esses dispensários ficam subordinados às Inspetorias, por isso a denominação "vertical-especializado" de seu modelo tecno-assistencial: Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância;

Inspetoria de Lepra, Inspetoria da Tuberculose etc Entretanto, a idéia do Centro de Saúde como unidade básica do modelo médico-sanitário vai persistir, sendo veiculada no plano nacional através da Sociedade Brasileira de Higiene, fundada em 1923.

A mudança da estrutura social brasileira, engendrada pela progressiva industrialização, pelo ingresso do Brasil na esfera de influência americana e pela emergência dos movimentos urbanos nas duas primeiras décadas deste século, tem um impacto decisivo na conformação das estratégias de superar os problemas sociais, colocados já no plano político. Sem deixar de ser uma estrutura social de grandes diferenças entre as classes, sustentadas basicamente pela coerção policial de um Estado dominado pelas elites, novas composições se fazem necessárias no campo político e tanto concessões são feitas (como a regulamentação das CAPs pela lei Eloy Chaves) como iniciativas são tomadas pela sociedade organizada, como vimos, pelo surgimento da filantropia.

Esse ensaio de Políticas Sociais vai definir o padrão do "Welfare" brasileiro, que se consolida a partir da década de 30. No que tange a este trabalho, é importante entender as estratégias de intervenção do Estado no campo da saúde a partir dessa abordagem, pois a conformação das estruturas assistenciais e, por conseguinte, a especificidade que adquire o trabalho médico nos distintos serviços em que concretamente se insere, são determinadas cada vez mais, desde a década de 30, pela entrada do Estado na prestação direta ou no financiamento dos serviços de saúde.

No âmbito dos Serviços Sanitários, estaduais e federal, a fundação da Sociedade Brasileira de Higiene aparece como o fórum das discussões sobre o modelo sanitário, e dela participam todos os sanitaristas importantes, incluindo engenheiros sanitários e educadores. Não é possível estabelecer claramente os elos de ligação ou as eventuais rupturas da corrente sanitarista com a Academia Nacional de Medicina, pela bibliografia consultada para este trabalho. Entretanto, o abandono pela "intelligentsia" sanitária do modelo policial-campanhista,

expresso em São Paulo pela reforma de Paula Souza, no Rio de Janeiro e no âmbito federal pela reforma Carlos Chagas de 1920, demonstra que o atendimento médico individual é provavelmente uma forte demanda social da época. Isso é corroborado pela leitura de documentos que expressam reivindicações das associações de trabalhadores e de seus partidos, desde fins do século XIX.

O modelo médico-sanitário surge exatamente com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, antiga reivindicação dos sanitaristas. No I Congresso Brasileiro de Higiene em 1923, a própria Fundação Rockefeller é representada por Paula Souza. Carlos Chagas, presidente do Congresso e da Sociedade, esforça-se por elogiá-la e defendê-la contra as **“phrases de sensação, em que se exalta o nacionalismo extravagante”** (Chagas, LUZ, 1982: 176). Carlos Chagas sugere que o curso de Microbiologia de Manguinhos seja transformado em curso de Higiene, e que seja criada a “Escola de Saúde Pública”. Barros Barreto apoia, aponta o curso da Johns Hopkins como modelo a ser seguido e sugere a criação da carreira de higienista no Departamento Nacional. (LUZ, 1982, op. cit.)

Os temas dos Congressos da Sociedade Brasileira de Higiene versavam basicamente sobre a questão urbana, por um lado, e sobre a instalação dos postos municipais de higiene permanentes. Entretanto, pouco se fala de assistência médica, e a perspectiva higiênica, mesmo quando toma as condições de trabalho como insalubres, vê como tarefa primordial sanear o ambiente de trabalho (circulação do ar, iluminação, controle de poeira e dos objetos) e educar o trabalhador quanto aos hábitos higiênicos. Não se fala de tratamento das doenças causadas pelo trabalho, nem se cogita sobre as relações de trabalho. Para a criança, mantém-se o recorte dado pela higiene: educação, atividade física, alimentação, controle de saúde.

Aparentemente, depois de um momento de rápida e firme expansão dos Institutos de Pesquisa e das estruturas da fase campanhista, financiada pelo Estado interessado no combate às epidemias, a importância da estrutura sanitária

montada começa a diminuir, momento em que a Fundação Rockefeller aparece como importante suporte tecnológico e econômico. Voltam-se então os sanitaristas para os novos problemas, que demandam outras estratégias de abordagem. A Higiene é seu campo de atuação privilegiado e o novo modelo, denominado médico-sanitário, aparece mais como higiênico nos Congressos de SBH³. É também um projeto de corte assistencialista, destinado aos pobres, combinando o vínculo público municipal com a filantropia. Essas características - assistência médica mínima e suficiente para o objetivo higiênico-sanitário; direcionamento para as populações que não tem acesso à medicina privada ou previdenciária; fornecimento de produtos a preço de custo, ou gratuitos para os miseráveis (leite, medicamentos) - não aparecem nas proposições dos sanitaristas brasileiros como determinadas pela falta de disposição do Estado e das elites em financiar serviços de saúde que impliquem em redistribuição significativa, ou pelo provável conflito com o desenvolvimento da prática médica privada nas regiões urbanas.

A opção por um serviço que congregue atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, profilaxia de doenças venéreas, tuberculose, lepra, tratamento de verminose, Puericultura e educação higiênica, voltado prioritariamente ao atendimento da população mais pobre, sugere duas reflexões: tirando o campo da higiene infantil (a Puericultura), as outras atividades não interferem com a atividade privada, mesmo porque a terapêutica, antes do advento dos antibióticos, era pouco eficaz, sendo que a lepra e a tuberculose implicavam em transtorno extra para a prática privada, pela necessidade do isolamento; em segundo lugar, o surgimento da SBH, a relação estreita dos sanitaristas com o Estado, as temáticas e os debates dos Congressos da SBH, assim como as resoluções que apontam para a criação de um Ministério e a implantação de Centros de Saúde a serem administrados por sanitaristas,

³ Note-se que o referencial, o Centro de Saúde da experiência americana, é combatido pelos médicos daquele país por interferência com a atividade médica privada.

sugerem a busca por um espaço de trabalho institucionalizado e controlado por eles.

Não se quer afirmar aqui que os sanitaristas constituam um "lobby" em torno de interesses particulares, no sentido de conquistar privilégios através da proeminência social que adquirem com o campanhismo, da dimensão científica e técnica de seu trabalho, da neutralidade de que se reveste a prática sanitária até então; muito menos através de estreita vinculação ao Estado, via Institutos ou via serviço sanitário. O que se quer dizer é que, dado o modelo de desenvolvimento que já se anuncia na década de 20, a tendência industrializante, dada a estrutura social que redefine a problemática de saúde no espaço urbano, e reconhecida uma redução de interesse na manutenção dos Institutos e das estruturas sanitárias do modelo campanhista, os sanitaristas buscam conformar uma nova consciência sanitária, apontando novas questões e propondo um novo modelo de intervenção estatal. Atuam, assim, como intelectuais, apontando novos rumos para a política de saúde, recortando novas demandas, propondo novos instrumentos de trabalho.

2. Os Centros de Saúde como Órgãos Efetores das Políticas Sociais

Os recortes que apresentam, os objetos de trabalho que formulam, os instrumentos que propõem vão aparecer como alternativas técnicas, sendo que, na realidade, constituem-se em alternativas técnicas delimitadas previamente pelo já reduzido espaço de atuação da prática sanitária na nova estrutura que se desenha. Não sendo capazes de influenciar a política geral de intervenção do Estado na área de saúde, limitam-se a formular modos de

intervenção sobre os fatores ambientais de insalubridade e sobre a população que está à margem das novas relações de produção. Acreditamos que os sanitaristas, nesse momento, tenham de fato se colocado, como cientistas e técnicos da área de saúde pública, como militantes de uma nova ordem sanitária, dirigindo-se prioritariamente à melhoria das condições de vida da população situada fora do processo produtivo. Ao fazê-lo, e dentro das limitações impostas pela conjuntura, contribuem para a delimitação das atribuições do Estado com relação ao atendimento e à superação dos problemas de saúde.

A partir da década de 20, quando os Centros de Saúde surgem como estrutura básica da ação sanitária, e em que pese toda a ênfase doutrinária na Educação Sanitária como seu principal objetivo, eles vão ser organizados e dispostos segundo a lógica assistencialista que caracteriza o modelo de Bem-Estar Social brasileiro. Por trás das prioridades formuladas tecnicamente, escora-se um rígido controle de gastos públicos, portanto de redistribuição de recursos, que manterá essas estruturas assistenciais sem condições, técnicas ou materiais, de dar conta, inclusive, das prioridades estabelecidas. Dadas essas características e a destituição das mais elementares condições de exercício de cidadania de seus usuários, os Centros de Saúde, Postos de Assistência Médico-Sanitária, Dispensários, Postos de Higiene e Puericultura serão tratados pelo Estado e pela sociedade como estruturas de assistência social e de combate à pobreza, e não como respondendo ao direito à saúde do conjunto da população. São antes postos de filantropia, eventualmente serviços médico-sanitários.

O modelo de proteção social engendrado desde a década de 20, onde ressalta a legislação que organiza o sistema previdenciário e a emergência da filantropia como componente estratégico da relação Estado-Sociedade, desenha-se como um sistema fundado em dois componentes praticamente estanques, no que se refere aos direitos de acesso e usufruto dos serviços que o compõem. Um dos componentes é a estrutura previdenciária voltada ao trabalhador do mercado formal, que o financia por descontos em seu salário, ao qual se agrega a previdência privada. Essa estrutura, já desde sua criação,

estabelece diferenças entre as categorias profissionais por ela cobertas, pois as condições de atendimento das Caixas e Institutos (CAPs e IAPs) são muito diferentes entre si, sendo melhores e mais abrangentes na dependência da capacidade de financiamento da categoria a que se vincula.

É evidente que inicialmente apenas algumas categorias conseguem organizar seus sistemas previdenciários, mas o modelo assim estabelecido vai persistir até a criação do INPS, em 1968, com a unificação dos diversos Institutos.

No âmbito do sistema previdenciário, as Caixas e Institutos passam a oferecer assistência médica curativa, individual, como um dos serviços à disposição de seus financiadores, mas não são todas que assim procedem, e dentro mesmo dos Institutos discute-se se é atribuição destes fornecer assistência médica. As modalidades de oferecimento da assistência médica também são variáveis, e algumas Caixas credenciam médicos, assim como outras chegam a montar serviços médicos ambulatoriais e hospitalares. De qualquer forma, essa é a via de financiamento da assistência médica privada, base sobre a qual será possível capitalizar o setor saúde e viabilizar a expansão do consumo dos produtos da indústria de medicamentos e equipamentos, assim como a capitalização do próprio setor de serviços, com a constituição das Medicinas de Grupo, Convênios, e hoje em dia os Seguros-Saúde.

Esse padrão de constituição de serviços médicos, vinculando seu usufruto ao direito previdenciário, favorece a concepção de que a assistência médica é um direito a ser garantido pela venda da força de trabalho no mercado formal, em determinadas condições, assemelhando-se, nesse aspecto, ao direito à pensão, aposentadoria etc Também pela dinâmica de reprodução da estrutura de classes no modo de produção capitalista, percebida como estratificação social, o acesso diferenciado aos bens de subsistência é deslocado para a esfera do consumo, assumindo a característica de mercadorias acessíveis diferenciadamente pela capacidade de compra. Nesse sentido, saúde e doença, entendidos já no plano individual como presença/ausência relativa de doença, conformam a idéia de necessidade de saúde com necessidade de atendimento

médico, e por conseguinte, de direito à saúde como direito à consulta médica. No "Welfare" brasileiro, o direito à saúde, entendido como direito à consulta médica individual, vincula-se à capacidade de consumo de bens em geral, não se constituindo em um direito social vinculado à cidadania.

De 1930 até 1960, o Estado brasileiro intervém decididamente na implementação de uma ordem capitalista industrial, tornando-se seu principal artífice, de modo que vai regular o mercado, intervir se necessário, atuando mesmo como produtor e empresário. Para adquirir esse grau de iniciativa e autonomia, absorve e dá estrutura para a manifestação de diferentes interesses conflitantes, constituindo-se ele mesmo em arena política, diminuindo assim a importância das instituições representativas, como os sindicatos de trabalhadores, as organizações de industriais e comerciantes, a iniciativa mesma do movimento social organizado. O Estado assim constituído é um Estado forte, de face populista, que se utiliza da estrutura previdenciária para conceder benefícios, no que reforça o corporativismo, por um lado, e recorta demandas globais referentes às condições de vida (trabalho, moradia, distribuição da riqueza), compartimentalizando-as em políticas específicas por ele controladas, hierarquizando os benefícios.

Desse modo, o "Welfare" brasileiro combina a seletividade do modelo liberal de proteção social (o Estado intervém apenas onde o mercado e as famílias não conseguem resolver as demandas, de modo emergencial e não permanente), com um padrão calcado no "mérito", conferido pela posição ocupacional e pela renda auferida pela participação na estrutura produtiva. Surgem, por essa via, as políticas habitacionais, de previdência e assistência social (onde se inclui a assistência médica), as políticas referentes à educação formal, combinadas com uma estrutura jurídico-legal que regulamenta a relação capital-trabalho dentro de um conceito de justiça social, mas que não abrange a totalidade das relações de trabalho.

Nessa diferenciação do acesso às Políticas Sociais, os Centros de Saúde e a estrutura médico-sanitária que os tem como base de ação, vão ter uma

inserção estrutural precisa. Supra-estruturalmente, sinalizam a preocupação do Estado e da sociedade em desenvolver atividades públicas que respondam a necessidades geradas pelo modo de produção e cristalizadas na estrutura de classes. Infra-estruturalmente, os Centros de Saúde vão ser funcionais na medida em que se dirigem à força de trabalho potencial, contribuindo na dinâmica de reprodução extensiva do modo de produção capitalista.

Consideramos que a dinâmica intensiva de reprodução das relações capitalista é aquela definida inicialmente pela concentração do capital, dos meios de produção e de manutenção do trabalho nas mãos de capitalistas individuais (fase concorrencial). Em seguida, por força da dinâmica própria à ampliação do modo de produção, os capitais individuais tendem a uma maior acumulação, sendo absorvidos em empresas, oligopólio, monopólios, constituindo uma centralização de capitais já formados (fase monopolista). A extensão dessa reprodução ocorre por dois mecanismos, resumidos por PEREIRA em principais e secundários: ***“Os mecanismos principais consistem em: a) instauração de relações sociais de produção capitalista em “espaços virgens” ...em “vazios econômicos”; b) destruição de relações sociais de produção não capitalistas previamente existentes e sua substituição por relações sociais de produção capitalista. Os mecanismos secundários consistem em: a) manutenção ou preservação, logo, reprodução de relações sociais de produção não-capitalista previamente existentes, mas articulando-as subordinadamente às relações sociais de produção capitalistas”.*** (PEREIRA, 1976: 121). A preservação dessas relações não-capitalistas, subordinadamente às relações capitalistas, na dinâmica extensiva de reprodução, são de fato produto e condição de existência da própria dinâmica intensiva e, em última análise, da manutenção da acumulação. Constituem-se essas relações, como já vimos, em um não-capitalismo necessário e articulado subordinadamente ao capitalismo.

O modelo médico-sanitário que se instaura a partir da década de 20, formulado pelos sanitaristas, com Paula Souza e Carlos Chagas à frente, no

mesmo momento em que se estabelece o modelo assistencial médico-curativo vinculado à estrutura previdenciária, não pode ser entendido como modelo antagônico a este, constituindo projeto de medicalização divergente ou alternativo, sendo de fato modelos complementares. Como foi possível apreender, mesmo que superficialmente, a construção do modelo médico-sanitário, calcado no modelo americano, evita desde o início avançar sobre o espaço de desenvolvimento da prática médica individualizante e curativa, espaço ocupado pela prática liberal ou financiada pelas Caixas e Institutos. A medicina previdenciária e, posteriormente, as diferentes modalidades de empresariamento da assistência médica individual, vão estar voltadas assim para a manutenção e recuperação da força de trabalho efetiva, envolvida nas relações de produção mais fundamentais. É uma medicina para essa força de trabalho, não sendo extensível, em muitas das Caixas e Institutos, aos dependentes econômicos do trabalhador. O direito a essa assistência médica é perdido com a saída do trabalhador do mercado formal.

O componente médico-sanitário de assistência à saúde coletiva e individual tem outro escopo. Mantém sob sua atribuição o controle das endemias e o combate às epidemias, as medidas de profilaxia anti-infecciosas gerais, a vigilância sanitária e epidemiológica e o saneamento ambiental. Neste aspecto, engloba a totalidade social, não favorecendo qualquer estrato em particular, embora as ações só sejam de fato desencadeadas nas situações de risco para a acumulação, ou quando o risco de adoecimento por doenças específicas ameaça os estratos sociais superiores.

A assistência médica e as outras ações de assistência a necessidades de saúde, desenvolvidas cotidianamente pelos Centros de Saúde, Dispensários, Posto de Higiene, Lactários etc, estarão voltados prioritariamente para outros objetivos, relativos à constituição da força de trabalho em geral:

1- a reprodução da força de trabalho, através da assistência materno-infantil. Atua favorecendo a própria "produção biológica" (pré-natal) ou a regulação do excedente (planejamento familiar), assim como contribui na

preservação da força de trabalho potencial, através da Puericultura e da assistência médica-pediátrica;

2- a manutenção e recuperação da força de trabalho envolvida nas relações de produção não-capitalistas, mas subordinadas e necessárias às relações capitalistas. Não tendo acesso ao sistema médico previdenciário, os indivíduos que se inserem nas relações não-capitalistas têm, nos serviços médico-sanitários, sua única alternativa de atendimento médico, assim como aqueles de categorias não cobertas pelo sistema, mesmo inseridos nas relações capitalistas.

3- o mesmo ocorre com os indivíduos portadores de força de trabalho que estão fora do mercado, mas que podem a ele retornar a qualquer momento: a assistência médico-sanitária, juntamente com outras modalidades de assistência social, como o seguro-desemprego, distribuição de cesta básica etc cumprem a função de manter em condições de imediata utilização a força de trabalho já qualificada mas excedente. Por essa característica, tem também um efeito indireto no processo de acumulação, ao favorecer a rotatividade da mão de obra, além do efeito principal da absorção imediata nos momentos de ampliação da produção;

4- por último, é atribuição formal dos serviços médico-sanitários oferecer assistência médica e outras modalidades de assistência social àquela parcela da população totalmente destituída das condições mínimas de sobrevivência, cuja capacidade de consumo é menor que a necessária para manter a própria vida, condição essa reconhecida como de "pobreza" ou "miséria". É com relação a essa população que os serviços médico-sanitários desenvolverão sua face mais assistencialista, ao priorizar as ações sanitárias e educativas (visita domiciliar, grupos de desnutridos etc) e ao estabelecer critérios para o fornecimento de produtos como medicamentos, leite, cesta básica etc A racionalidade que envolve essas ações reveste as alternativas de enfrentamento da situação de pobreza com um conteúdo técnico-científico, pela utilização de

critérios diagnósticos e de risco, epidemiologicamente fundados, na concessão dos produtos e eventuais benefícios.

A estrutura médico-sanitária, apreendida do modo como se procedeu até aqui, segundo suas funções estruturais e a delimitação dos objetivos expressos em sua formulação, deve ser entendida como composta não apenas pelos serviços prestados por meio dos Centros de Saúde e unidades similares, tomados como serviços complementares ao serviço médico-previdenciário. Na realidade, trata-se de todo um conjunto de possibilidades de intervenção no campo da saúde coletiva e individual, abrangendo desde o controle de endemias e ações campanhistas contra epidemias, até ações de combate à miséria por mecanismos próprios à assistência social, passando por modalidades de consulta médica, enfim, ações de caráter muito mais abrangente e de impacto muito mais notável nas condições de vida e saúde do conjunto da população do que a medicina individual-curativa do sistema previdenciário. Claro, desde que colocada para funcionar com toda a profundidade e amplitude que exigiriam as questões colocadas como de sua atribuição.

Como se sabe, entretanto, dado que o modelo de desenvolvimento adotado no Brasil implicou no estabelecimento de um Estado forte, centralizador das decisões, e em uma sociedade civil organizada somente em seus estratos mais elevados, a hegemonia das classes representadas no Estado necessitou de poucas concessões para ser sustentada, acentuando o caráter corporativista e excludente das Políticas Sociais. Por isso, a previdência social viria a se constituir ***“..num dos principais setores de sustentação da política populista, juntamente com os sindicatos e com a justiça do trabalho. Este tripé viria consolidar a política social criada com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, e que vigoraria praticamente intacta até 1964”*** (ALBUQUERQUE, 1979: 10). Ou seja, a medicina previdenciária tem seu desenvolvimento privilegiado pelos investimentos estatais, não por sua eficácia no combate aos problemas de saúde em geral, mas por estar contida no bojo das questões que envolviam a cooptação dos trabalhadores mais organizados e o impacto da assistência médica

curativa na produtividade dos setores essenciais. Por outro lado, os interesses já presentes da indústria de equipamentos (inicialmente) e medicamentos, favorecem as decisões governamentais de implementar a estrutura médico-hospitalar, criando as condições de capitalização do setor.

Do lado da estrutura médico-sanitária, percebe-se uma reiterada referência à sua importância no plano discursivo, sendo inclusive criado o Ministério da Saúde com a atribuição específica de planejar e gerenciar essa estrutura, em parceria com as secretarias de saúde municipais e estaduais. Mas a criação do Ministério não impede que os recursos e as facilidades estatais sejam pouco a pouco retirados do Ministério, à medida em que são aplicados na estrutura médica previdenciária.

A mudança do padrão de desenvolvimento da Política de Saúde brasileira só vai ocorrer com a crise do Estado populista/corporativo e do modelo de desenvolvimento, que será resolvida com o golpe militar de 1964. Sem aprofundar a discussão sobre os diversos aspectos que conformam essa crise, interessa-nos apontar aqui o novo padrão de Estado e a nova formulação da relação Estado/Sociedade que emerge com os governos militares pós-64.

Em primeiro lugar, o golpe de 64 significa a imposição de uma nova hegemonia, consubstanciada no grande capital financeiro-industrial, que demandava novas condições para investimentos e realização do capital investido, um novo modelo de desenvolvimento. Criam-se garantias para a concentração do capital (repressão e desmantelamento dos movimentos sociais, associações, sindicatos, alianças corporativas); há um forte investimento estatal na infraestrutura produtiva (financiamentos, produção de energia, facilitação do escoamento da produção, aquisição e desenvolvimento de tecnologia) e na estrutura de serviços que dão suporte à produção; aumenta o endividamento do Estado, principal importador de capitais para o desenvolvimento interno e para as trocas comerciais com outros países.

Ao suceder o modelo "nacional-desenvolvimentalista" que caracteriza o governo Kubitschek, o modelo "segurança e desenvolvimento"

... apresenta na coalizão governante até 61:

“Nos anos 1961-1964 evidenciou-se um crescente divórcio entre as tendências do poder econômico, dominado pelo capital monopolista, e as tendências do poder político, dominado pela aliança populista. (...). Vencia econômica e politicamente o grande capital”. (IANNI, 1985: 62) De acordo com IANNI, o modelo “segurança e desenvolvimento” incorpora todo o quadro internacional referente ao período da guerra fria (econômico, político, militar) e o internaliza: **“Aí está as contradições entre capitalismo e socialismo (...) entre as classe sociais, dentro de cada país e em âmbito internacional. (...). A segurança não é um fim em si. Articula-se com a economia. Serve ao desenvolvimento econômico. A prosperidade econômica pode beneficiar-se bastante da estabilidade política garantida pela segurança.”** (op. cit.: 66)

Em segundo lugar, a concepção hegemônica da relação Estado/Sociedade que emerge com a ditadura é a de “sociedade amorfa” e “Estado Tutor”, donde a figura da cidadania como “cidadania regulada”. O povo “não está preparado para a democracia”, cabendo ao Estado discipliná-lo, educá-lo, conduzi-lo, protegê-lo, inclusive contra si próprio: **“liberdade e direitos emanam do Estado”** (General Argus Lima, apud IANNI, op. cit.: 37)

O próprio conceito de cidadania mantém-se submetido às relações de produção: os direitos vinculados à noção de cidadania plena são garantidos pela inserção ocupacional, reconhecidas e definidas em lei: **“A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade”** (Santos, W.G., citado por IANNI: 52)

Em terceiro lugar, como instrumento de governo, afastada a necessidade de mediações políticas com as classes subalternas, surge o planejamento: **“A ação governamental obedecerá o planejamento que visa a**

promover o desenvolvimento econômico-social do país e a segurança nacional...” (Decreto lei nº 200, 25/02/1969, Art. 7º, in IANNI, op. cit. p. 71)

Na área da Saúde, o primeiro impacto significativo do novo modelo de desenvolvimento, da nova relação Estado/Sociedade e do planejamento como instrumento de governo ocorre com a unificação das Caixas e Institutos Previdenciários, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, pelo Decreto 72, de 21/11/66. A unificação do Sistema Previdenciário implica em estender, a curto prazo, a todos os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho pelo vínculo empregatício (“carteira assinada”), os benefícios antes concedidos apenas aos participantes das Caixas e Institutos.

Entre os benefícios, o acesso à medicina previdenciária vai demandar investimentos na infra-estrutura de serviços, aumentar a incorporação de equipamentos, expandir o consumo de medicamentos, ampliar o mercado de trabalho médico.

O que é fundamental apontar, neste momento, é o modo como o Estado descumbe seu papel. A centralização do poder governamental no nível federal, iniciada com o fechamento dos canais políticos democráticos, é reforçada pelo controle e centralização também dos recursos públicos, retirando dos estados e municípios boa parte das verbas antes a eles destinadas. Novo fechamento político vai ocorrer com a suspensão das eleições para governadores e prefeitos, substituídos a partir de então por nomeações. Com a repressão desencadeada sobre os sindicatos e associações, foi possível em 1966 unificar as instituições previdenciárias contra o interesse de seus participantes originais, diminuindo a representação dos usuários nos mecanismos decisórios, para posteriormente excluí-la pura e simplesmente em 1970. Ao mesmo tempo, institui o direito de acesso às categorias não cobertas, no que contraditoriamente acentua o uso populista/assistencialista da estrutura previdenciária, tão criticada nos governos anteriores.

Essas atitudes, dentro do modelo tecno-burocrático de justificação das opções políticas, aparecem como decisões vinculadas a imperativos do

planejamento: ***“Desconhecem, por exemplo, os opositores da unificação, que a reunião da previdência social brasileira no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era um imperativo de ordem econômica e administrativa irrefutável. (...). Ora, o INPS, reunindo todas as categorias profissionais numa única segurada tem (...) uma maior capacidade de resistência técnica e financeira, do que cada uma das entidades que absorveu”*** (Godin apud OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989: 197)

A relação Estado/Sociedade transparece no reconhecimento de necessidades, transformadas em direito, paulatinamente estendido a categorias urbanas e depois às rurais, por meio de leis que instituem esses direitos e os delimitam. O direito à saúde não é um “direito natural” do cidadão. O direito ao atendimento médico é um direito concedido nos limites da possibilidade de seu exercício. Tudo muito bem planejado: custos, benefícios e dividendos políticos... A ampliação da cobertura vai sendo custeada por aqueles que ingressam no sistema previdenciário: 1971, Funrural; 1972, empregadas domésticas; 1973, trabalhadores autônomos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989: 205). Entretanto, com a extensão da cobertura, ocorre de fato uma redistribuição dos recursos investidos na Previdência, mas apenas entre seus financiadores principais, os assalariados.

Os números são impressionantes: se em 1963 havia ao redor de 6.910.000 indivíduos amparados pelo INPS (5.710.000 ativos e 1.200.000 pensionistas e aposentados), em 1974 temos no INPS 45.173.120 indivíduos cobertos e no FUNRURAL mais 42.380.310. Toda essa nova leva de usuários vai exigir a ampliação do setor médico previdenciário, e aqui aparece a opção política de privilegiar o produtor privado em detrimento da ampliação de serviços próprios da Previdência, ou mesmo Públicos, de acesso universal. Em 1964, os serviços próprios dos IAPs consistiam em 22 hospitais funcionando, 5 em construção, 505 ambulatorios e 28 consultórios médicos, para atender a 22% da população brasileira, o que era feito com apoio da rede privada e médicos credenciados. Em 1967, dos 2.800 hospitais em funcionamento no país, 2.300 prestavam serviços

para o INPS; em 1970, o INPS tinha 25 hospitais próprios, contratando 2.634. (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989)

A política de intervenção do Estado na assistência médica pode assim ser resumida, no período que vai de 1964 a 1974:

- 1- ampliação do direito à assistência médica por meio da concessão;
- 2- financiamento da expansão dos serviços através do produtor privado, mantendo-se o Estado como comprador desses serviços, evitando a alternativa de produzi-los diretamente;
- 3- viabilização do complexo médico-industrial, capitalizando as relações de produção e consumo de serviços médicos.

Para DONNANGELO, esse modo de intervenção constituiu-se de fato em uma redefinição do papel do Estado com relação à assistência médica: ***“Além de declinar, definitivamente, de sua condição de produtor real ou potencial (dos serviços de saúde) atenuava de maneira considerável sua condição de “regulador de preços” e praticamente eliminava a sua interferência direta na organização e direção dos serviços. Reserva-se o papel de financiador, ao mesmo tempo que procurava estimular a ampliação da compra direta de serviços em um mercado livre”.*** (DONNANGELO, 1975: 40). DONNANGELO refere-se ao conjunto de documentos elaborados pelo Ministério da Saúde em 1968, reconhecidos extra-oficialmente como Plano Nacional de Saúde - Leonel Miranda por essa época. Esse plano previa a privatização total da assistência médico-hospitalar, com a participação do usuário no pagamento dos serviços, "excetuados os indigentes".

O fato de privilegiar o produtor privado não significa que a política adotada privilegiasse o médico produtor privado, entendido como o modo liberal de inserção do médico no mercado de trabalho. Pelo contrário, ao financiar empresas privadas de prestação de serviços médicos, o Estado acentua a tendência de assalariamento do trabalho médico, ou de formas matizadas de progressiva perda de autonomia decorrentes do modelo de expansão de serviços médicos que vai financiar a divisão técnica do trabalho. Corroborando essa

opção, a criação de novas escolas médicas a partir da década de 60, resolve dois problemas que se apresentam aparentemente dissociados: a "questão dos excedentes" do vestibular, e o poder de barganha da categoria médica.

A autorização para o funcionamento de novas escolas médicas a partir de 1960, quando no país existiam apenas 27, acentua-se em 1965, com a justificativa da necessidade de maior número de médicos frente às "necessidades de saúde", por um lado, e à pressão da demanda por vagas em escolas médicas, representada pelo grande número de excedentes nos vestibulares de medicina. Sem levar em conta a qualidade das faculdades e o tipo de formação imprimido pela maioria delas, importa aqui relevar o impacto que o aumento do número de médicos formados vai causar na disponibilidade de mão de obra para o trabalho assalariado de vínculo privado, mantendo seu preço apesar da demanda crescente.

Entre 1960 e 1965 foram criadas 9 faculdades de medicina, o que pode ser imputado à demanda por vagas, contrabalanceada pelo corporativismo ainda eficiente da categoria médica sobre a política de expansão de vagas dos governos, até o golpe de 1964. Entre 1965 e 1971, são abertas mais 37 faculdades, passando o número de matrículas, no 1º ano do curso, de 3.800 em 1966 para 9.000 em 1972. A projeção apontava para um número de médicos formados em 1977 duas vezes e meia maior do que o total de médicos em 1971. Não há como negar que esse incremento responde às necessidades do mercado previdenciário privado e aos outros produtores privados que surgem após 1966: as Medicinas de Grupo, os Convênios, e os Seguros-Saúde. Mas não só, como veremos.

De acordo com NOGUEIRA, ***"a formação maciça de profissionais de nível superior do decênio 1965-1975 teve um efeito decisivo na constituição do mercado de trabalho em saúde, dando lugar a um excedente relativo; que passou a ser uma condição estrutural de funcionamento desse mercado com feições capitalistas, apesar das oportunidades de emprego terem aumentado. Isto não deve ser encarado como um fenômeno anômalo***

ou de desequilíbrio, pois a relativa sobre-oferta de médicos e outros profissionais de saúde foi justamente o que pôde assegurar a diversificação e o crescimento do aparato assistencial nos seus múltiplos níveis de complexidade de atenção à saúde e, inclusive, mais recentemente, viabilizou a implementação da política de atenção primária e extensão de cobertura” (NOGUEIRA, 1986: 343)

Sem alterar as condições de vida da maior parcela da população urbana e rural, sem tomar medidas significativas sobre a situação sanitária, promovendo a degradação ambiental, o êxodo rural e o inchaço das periferias, a Política de Saúde executada, não declarada, consistiu em oferecer atendimento médico em substituição àqueles determinantes da saúde em geral. Nas palavras de LUZ: *“Assim, a saúde com S maiúsculo, Setor do Estado que deve se encarregar da doença da população (...) tem sido marcada na sociedade brasileira (...) por esta ambigüidade profunda: ser por um lado repositora (ou substituta) de algo que a própria estrutura social subtrai; por outro lado, ser projeto de medicalização que nunca se estende como quereria, como deveria, para suprir - medicamente - a carência de saúde da população. Ser, portanto, doença relativa”*. (LUZ, 1979: 166)

Até meados da década de 70, em que pese a grande ampliação da assistência médica previdenciária, o quadro sanitário é dramático. O relatório apresentado pelo Dr. Ernani Guilherme Fernandes da Motta na V Conferência Nacional de Saúde (1975), sobre as Grandes Endemias, não deixa margem a dúvidas:

1- a malária está dispersa no país, abrangendo uma área de risco de transmissão que comporta 1840 municípios e 42 milhões de habitantes, e sua incidência aumenta;

2- a Doença de Chagas progride. O número de domicílios infestados pelo vetor e a porcentagem de vetores infectados pelo tripanossoma aumentaram nos anos de 71, 72 e 73;

3- a porcentagem de proto-parasitológicos de fezes com ovos de esquistossoma passam de 3,1% em 1970 para 5,7% em 1974, nos laboratórios da SUCAM;

4- a peste foi notificada 1755 vezes em 1974, com 130 óbitos distribuídos por 8 estados;

5- a tuberculose regride lentamente;

6- a única vacinação sistemática é a anti-variólica, desde 1968, através de campanha de erradicação exigida por pressão internacional;

7- Febre amarela, coqueluche, difteria, sarampo, poliomielite estão totalmente fora de controle;

8- a mortalidade infantil se mantém ao redor de 105/1.000 desde 1960, e começa a subir nos grandes centros urbanos, acompanhando a queda do poder aquisitivo;

9- estima-se em 30% a prevalência da desnutrição nos menores de 7 anos. (SINGER, 1988)

A estrutura médico-sanitária, que teve uma expansão razoável entre 1940 e 1950, por conta do convênio com a Fundação Rockefeller e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), praticamente estaciona com a elevação do Departamento Nacional de Saúde Pública a Ministério da Saúde (1953), que incorpora a SESP transformando-a em fundação (FSESP). Especificamente com relação à criança, no final da década de 30 (1937), são criados o Instituto Nacional de Puericultura e a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde; em 1940, esta Divisão dá lugar ao Departamento Nacional da Criança, que reconhece em seu estatuto o direito à saúde das crianças: ***“Buscar-se-á de modo sistemático e permanente, criar para as mães e as crianças condições favoráveis (...) desde a concepção até a criação dos filhos, e a estes garantir a satisfação dos seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à***

preparação para a vida" (Capítulo I, Artigo 1º, Decreto 2.024 de 1940, citado por Novaes, 1979).

O Departamento Nacional da Criança cumpriu importante papel na abertura de Serviços de Higiene Materno-Infantil, Postos de Puericultura, Maternidades e Hospitais Infantis. Teve também impacto significativo na organização de estruturas semelhantes no interior das Secretarias Estaduais de Saúde (ou suas equivalentes), o que resultou em um aumento da assistência materno-infantil pública prestada pelos Estados, Municípios e entidades filantrópicas. Percebe-se, por esse movimento, que a Pediatria brasileira instalasse no interior da estrutura médico-sanitária via puericultura e assistência materno-infantil, constituindo-se em área específica de práticas, acabando por se desenvolver como uma de suas "especialidades". Note-se que o Departamento Nacional da Criança é uma reivindicação antiga da Pediatria brasileira, sob a liderança inicial de Moncorvo Filho, reivindicação assumida pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mais adiante, retomaremos esse aspecto da constituição da Pediatria brasileira e sua relação com os serviços sanitários.

No Estado de São Paulo, até 1938, a organização dos serviços de assistência à criança baseava-se em duas repartições distintas: a Seção de Higiene da Criança, que fazia o controle técnico-administrativo das ações desenvolvidas nos Centros de Saúde; e o Serviço de Puericultura, com a mesma atribuição sobre os Postos de Puericultura. De acordo com Tanaka **"nenhuma das repartições tinha influência fora da Capital, por não terem as unidades sanitárias do Interior serviços organizados de higiene à criança e à mãe"**. (TANAKA, 1982: 6) Isto não quer dizer que as crianças não fossem consultadas nos Centros de Saúde do interior, nem que não houvessem serviços de Puericultura. Ocorre que os Centros de Saúde do interior eram atribuição do "Serviço de Centros de Saúde do Interior", uma repartição do mesmo nível hierárquico do Serviço de Puericultura. Por sua vez, a Seção de Higiene da Criança era uma seção vinculada diretamente ao Departamento de Saúde,

instância superior da estrutura médico-sanitária, não sendo exatamente uma seção de serviços, mas uma seção fiscalizadora e de orientação técnica.

Havia já no interior uma série de serviços específicos, além dos Centros de Saúde, estes em pequeno número: Postos de Assistência Médica Estaduais e Municipais, que aumentam em número progressivamente a partir de 1940, os quais faziam atendimento médico puro e simples; Gotas de Leite, Postos de Puericultura e outros, vinculados à filantropia; os Dispensários (da Criança, da Lepre, da Tuberculose, do Tracoma) que ora se juntavam em serviços poli-especializados, ora voltavam a atender uma ou outra especialidade, entre elas a Puericultura.

Em 1944, por influência da criação do Departamento Nacional da Criança, surge o Departamento Estadual da Criança (DEC), que incorpora a Seção de Higiene da Criança e o Serviço de Puericultura, confluindo as atribuições para uma Divisão de Higiene da Criança (fiscalização e orientação) e para um Instituto de Puericultura (elaboração técnica). Em 1947, a Secretaria de Educação e Saúde é dividida, dando origem à Secretaria de Educação e à Secretaria de Saúde e Assistência Social.

A permanência dos assuntos relacionados à Educação, à Saúde e à Assistência Social em uma mesma Secretaria de Estado até 1947 aponta para a pouca relevância dada à Saúde Pública, após a fase campanhista, pelos governos do Estado de São Paulo. O estabelecimento de um Departamento Estadual da Criança obedece, em parte, à necessidade de se enquadrar em uma única estrutura administrativa e organizacional as diversas repartições e serviços que atuavam na área infantil, mas responde basicamente a uma orientação federal e, com certeza, à possibilidade de receber subsídios para determinadas atividades e serviços. Desse modo, há uma ampliação dos serviços de Puericultura e materno-infantis na mesma época em que ocorre no resto do país, articulada com a criação de entidades e programas de assistência social, como a L.B.A., o Programa de Alimentação para o Trabalhador (PAT) e a distribuição de leite para as crianças.

Em 1948, o DEC possuía em todo o Estado, sob seu comando: 1 Posto de Puericultura (PP) e 1 Unidade de Clínicas Especializadas na Capital, além de 78 PP no Interior. A assistência à criança nos CS não se submetia ao DEC, mantendo assim a dicotomia administrativa e organizacional. (TANAKA, 1982) Com a separação das Secretarias de Saúde e de Educação, o Serviço de Assistência ao Escolar, com todo o aparato administrativo e as unidades assistenciais, fica com a Secretaria de Educação. Sintomaticamente, não é prevista qualquer alteração no plano assistencial dos Centros de Saúde nem dos PP, de modo que desde então a criança em idade escolar só vai ao Serviço Médico-Sanitário se estiver doente, e só é atendida se conseguir "varar" a barreira de consultas destinadas aos menores de 1 ano. Se houver de fato alguma gravidade no quadro, perceptível à mãe, o caminho é o Pronto-Socorro.

De qualquer modo, a prática pediátrica vai ampliando seu espaço institucional e adentrando as unidades assistenciais no âmbito da Secretaria de Saúde de São Paulo, chegando o DEC, em 1969, a contar com 719 Postos de Puericultura (130 na capital e 589 no interior), além de 48 CS na capital que também incorporam a puericultura. O esquema vertical de organização de atividades nas unidades de saúde não impede que a assistência à criança tranforme-se na principal atividade assistencial da Secretaria, já em 1969. De acordo com Tanaka, por essa época ***"a especialização do atendimento nas unidades sanitárias era tão evidente que apenas 40% (613) destas unidades eram polivalentes, enquanto a maioria delas fazia apenas atendimento especializado. Do total de unidades sanitárias, 48% (719) eram PP pertencentes ao DEC e representavam 73% das unidades locais especializadas existentes no Estado"*** (TANAKA, 1982). As vacinas eram oferecidas rotineiramente, com agendamento e carteira, nos CS, e PP da capital, enquanto que no interior somente sob solicitação nos CS mas não nos PP.

É interessante notar que a vacinação rotineira não faz parte dos serviços públicos e filantrópicos de puericultura até a década de 70, no Brasil. Aparece em geral como atividade "a mais", mas sua ausência não descaracteriza

o serviço. O que parece caracterizar melhor os Serviços de Puericultura é a antropometria seqüencial (peso e altura medidos mensalmente), a orientação alimentar, a avaliação médica e principalmente a distribuição de leite. Não temos dados referentes aos gastos da Secretaria de Saúde na compra e fornecimento de leite, nessa época, mas estes, com certeza, eram elevados se comparados com os gastos em pessoal, infra-estrutura, medicamentos etc

Temos assim em São Paulo, no fim da década de 60, um número grande de Unidades Sanitárias (1508 em 1969) que executavam serviços médico-sanitários "especializados", dirigidos em geral a patologias específicas (Tuberculose, Hanseníase, Tracoma), grupos "de risco" (crianças, mulheres grávidas), controle de endemias rurais, vigilância sanitária e epidemiológica, fiscalização do exercício profissional, uma miríade de 25 "serviços verticais" atuando em estruturas próprias ou agregadas a Centros de Saúde, mas cada um se reportando à sua própria "Inspetoria", "Divisão", "Repartição". Sem uma integração efetiva de base local. Cada um desses serviços verticais definia seu próprio objeto de práticas, a organização do trabalho, o papel do médico, o escopo da consulta médica inserida no processo global de trabalho

No que importa a este estudo, cabe aqui uma análise preliminar do trabalho médico estruturado no interior dessas práticas "verticais permanentes", para utilizar a tipologia de Merhy. Em primeiro lugar, é evidente tratarem-se de práticas médicas especializadas, cuja especificidade é dada a partir de uma especialidade clínica (Pneumologia, Dermatologia, Oftalmologia, Infectologia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia), que se estrutura na prática médico-sanitária recortando radicalmente seu objeto original, reduzindo-o a uma patologia ou a um aspecto parcial: Pneumologia → Tuberculose; Dermatologia → Hanseníase; Oftalmologia → Tracoma; Pediatria → Puericultura; Ginecologia/Obstetrícia → Pré-Natal.

Em segundo lugar, os processos de trabalho constituídos no interior dos "serviços verticais" tinham no médico seu agente privilegiado. A definição do que é ou não objeto de trabalho desse médico está dada à priori, pela própria

definição de "problema de Saúde Pública" a ser enfrentado pela constituição do serviço especializado. O objeto chega "pronto" para o médico atuar, de modo que a transformação de uma necessidade geral de saúde em uma demanda específica (diagnóstico, tratamento ou profilaxia de uma doença infecto-contagiosa, ou seguimento de indivíduos submetidos a riscos específicos) decorre primeiro do estudo epidemiológico que aponta o problema passível de enfrentamento; depois, de uma investigação sanitária, processada já no interior do serviço, onde concorrem os trabalhos de visita domiciliar e de avaliação do risco individual por parte de pessoal auxiliar (risco de contágio, risco de desnutrir); por último, o trabalho do médico: confirmar/descartar a suspeita diagnóstica de doença ou confirmar/descartar a avaliação do risco individual elaborado previamente à consulta.

Como resultado da intervenção médica, é instituída uma terapêutica medicamentosa específica, no caso de doença, ou prescrições médico-higiênicas: isolamento, orientação para cuidados higiênicos, orientação alimentar, novos exames, retornos, etc. Vários desses procedimentos vão depender de novas ações sanitárias (visita domiciliar, convocação de comunicantes, educação sanitária), de modo que o trabalho realizado atinja sua finalidade: tratamento e profilaxia das doenças e situações de risco nos indivíduos e na coletividade. Eventualmente, dado o perfil epidemiológico do problema elegido, campanhas podem ser desencadeadas, visando ampliar o efeito sobre a coletividade.

O modelo de "serviços verticais" tem como base tecnológica um rearranjo da estrutura sanitária, mas não prescinde de qualquer de suas tecnologias. Como analisa Merhy, ***"a higiene pessoal, o controle médico dos doentes e de seus comunicantes e o saneamento do meio são considerados os passos necessários para a obtenção da saúde individual e coletiva (...) o asseio, a ginástica, o repouso, a recreação e o cuidado médico são instrumentos utilizados para atingir a saúde da coletividade, através do controle dos fatores em nível individual"***. (MERHY, 1992: 139). Do mesmo modo, ***"a bacteriologia, a engenharia sanitária, a medicina, a higiene e a***

assistência social são suas fontes para a elaboração das ações sanitárias diante de um dado problema de saúde coletiva". (op. cit.: 140)

O médico idealizado para esse trabalho pelos conformadores do modelo é um especialista da área clínica correspondente, como já vimos. Cabem aqui duas perguntas, de difícil resposta dada a distância que nos situamos do modelo em pleno funcionamento: 1- sendo serviços verticais específicos, como chegam os pacientes para serem atendidos? 2- Como a puericultura se enquadra nesse modelo, uma vez que não lida exatamente com doenças específicas, mas com a preservação da saúde?

Nossa suposição, com relação à primeira pergunta, especificamente sobre os serviços que atuavam sobre doenças infecto-contagiosas, é que os pacientes eram, na maior parte das vezes, encaminhados por outros serviços públicos, ou mesmo privados, caracterizando-os de fato como serviços especializados no âmbito dos serviços de saúde em geral, e não só no âmbito do serviço público estadual. Se levarmos em conta a época em que as formulações dos modelos assistenciais mais importantes se enfrentam no âmbito institucional (Secretarias e Departamento Nacional de Saúde) e na Sociedade Brasileira de Higiene, a década de 20, é relevante o fato de que as especialidades médicas relacionadas ao modelo vertical tem um espaço de atuação reduzido, no âmbito geral do mercado de trabalho médico, por não estar ainda suficientemente capitalizada a estrutura médico-assistencial previdenciária, o que entrava a divulgação da especialidade e por conseguinte a criação de uma clientela.

Essas especialidades (Pneumologia, Dermatologia, Infectologia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia) necessitam estruturar-se como práticas no interior dos serviços de saúde, de modo a permitir não só o exercício da especialidade como trabalho, mas a própria experiência clínica decorrente desse exercício, e por conseguinte a projeção do médico perante os colegas e perante seus clientes: divisão técnica e divisão social do trabalho médico, controlada pelo detentor do saber, o médico especialista. Há que se supor também uma relação "promíscua" entre o serviço e os consultórios privados, caracterizada pela

captação de pacientes privados no serviço público e utilização da estrutura pública em benefício de pacientes privados. Essa relação faz parte da história das instituições públicas brasileiras, em qualquer área de atuação.

A estruturação do trabalho médico no interior dos serviços públicos estaduais de saúde, consubstanciados nos serviços verticais desenvolvidos desde a década de 20 e atingindo seu apogeu na década de 60, apresenta um alto grau de autonomia médica, se analisada do modo como se procedeu até aqui. Os médicos inseridos nas instâncias decisórias do Serviço Estadual definiam não só como trabalhariam, mas com o que trabalhariam, articulando todo um arrazoado epidemiológico e técnico-operacional, que por fim resultasse na escolha de uma única patologia, uma faixa etária, uma situação de risco específica. Não estaria em jogo a discussão sobre a inserção liberal da prática no interior do serviço público, o que seria incongruente: o financiamento da atividade privada em consultório já era uma realidade com a emergência das Caixas (CAPs). O vínculo empregatício com o serviço público nunca foi alvo de críticas por parte da ideologia médica liberal no Brasil, a não ser por conta dos baixos salários e da falta de condições de trabalho. Por outro lado, o trabalho médico no serviço público assume, por vezes, o sentido de "missão", no interior dessa mesma corrente ideológica, em substituição à filantropia.

A recriação da autonomia perdida pelo vínculo empregatício passa então pela formulação científica e tecnológica, e o momento decisivo é a definição (epidemiológica, claro) do problema a ser enfrentado, o que significa a exclusão de todos os outros. O trabalho médico concreto que decorre dessa formulação aparece como que "submetido" ao constrangimento de atuar exclusivamente sobre a patologia escolhida cientificamente, o que é muito conveniente. Os médicos elegem uma "prioridade" dentro de sua área de especialização, excluem as outras patologias e situações clínicas, e depois "se submetem" a esse constrangimento da prática clínica.

Mas, e a Puericultura, como se enquadra nesse esquema? Se tomarmos como especialidade a Pediatria, e a Puericultura como o conjunto de

técnicas e procedimentos referentes à conservação da saúde da criança, temos aí o recorte operado no interior da especialidade. Esse recorte vai, entretanto, de encontro à doutrina pediátrica de conservação da criança, de engendrar esforços na preservação da saúde, na melhoria da condição higiênica, no desenvolvimento físico e mental, tendo em vista o adulto saudável, socialmente integrado. Pelo modo como se estruturam os serviços médico-sanitários (definindo o problema a ser enfrentado, organizando o serviço exclusivamente por relação a esse objeto e tendo por finalidade alterar sua prevalência através de ações sobre o indivíduo) a Pediatria elege a mortalidade infantil como problema mais relevante.

Entretanto, mortalidade infantil não é um problema similar a uma doença específica, pois reflete uma série de determinações que exigiriam em última análise a mudança no padrão de vida de toda a população. A Pediatria, porém, já tem elaborado o seu objeto de trabalho médico e as ações complementares que potencializam a ação do médico no sentido da conservação da saúde das crianças. Na verdade, a Puericultura desenvolvida nos serviços específicos desde fins do século passado constitui-se na base tecnológica mais elaborada e aplicada dentre todas as que compõem os serviços médico-sanitários verticais. Não há portanto qualquer elaboração maior a ser feita, pois a Puericultura já conformou seu processo coletivo de trabalho, os instrumentos e finalidades, assim como já definiu as tecnologias. Nesse aspecto, comporta-se como prática médico-sanitária modelar, fonte na qual vêm beber as outras práticas que buscam constituir-se como serviços médico-sanitários. Está pronta para uso ("pret-a-porter").

O conjunto de ações que envolvem a Puericultura praticada nos Postos de Puericultura e nos Centros de Saúde do Estado de São Paulo, até a década de 70, não diferem em nada dos serviços instalados na França, EUA e mesmo no Brasil no início do século: avaliação do crescimento, consultas médicas de rotina de crianças supostamente sadias, orientações higiênicas e dietéticas, avaliação de status sócio-econômico visando o fornecimento de leite, verificação da situação vacinal (já que vacina mesmo não era produto regularmente oferecido

pela maior parte dos pp). O trabalho médico integrado a esse processo de trabalho limita-se à avaliação do desenvolvimento físico e às orientações. Crianças doentes não são regularmente atendidas; mais comumente, as mães são orientadas para levarem as crianças doentes aos serviços de atendimento médico (PAMs, hospitais, consultórios).

Por referência às outras especialidades que atuam nos serviços médico-sanitários, o trabalho médico no interior dos serviços de puericultura caracteriza-se por não absorver a doença manifesta, e por tomar como objeto o conjunto de fatores que influenciam a saúde da criança no âmbito doméstico.

3. Prática Pediátrica e Extensão da Assistência Médica via Centros de Saúde

Como se sabe, o modelo político-econômico imposto com o golpe militar de 1964 entra em crise já em meados da década de 70. Ocorre então o que se convencionou chamar de “fim do milagre econômico”, representado pelo alto endividamento externo e interno do Estado brasileiro e a conseqüente perda da capacidade de financiar tanto a continuidade da capitalização e modernização da estrutura produtiva, como a necessária estabilidade da hegemonia conquistada pela força e sustentada também pela concessão de direitos e benefícios de forma tutelada. Já em 1970, a elaboração do 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (IPND) demonstrava a preocupação do governo com as possíveis conseqüências da concentração de renda e da falta de investimentos nas áreas sociais. De fato, serve mais como declaração do governo, de reconhecimento desses problemas, do que de instrumento de orientação de políticas. Com relação à saúde, decorre do 1º PND a elaboração do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), em 1971.

A conjuntura muda de fato após 1970, principalmente após o "choque do petróleo", em 1973, e a derrota governista, nas eleições de 1974. O aumento do endividamento externo, decorrente da mudança nas taxas de juros, associado à retração dos financiamentos em escala mundial obriga a fortes ajustes internos, o que vai implicar na estatização da dívida privada, aumento da dívida pública e redirecionamento dos gastos públicos. O gasto direto com saúde, por parte do Estado só vai aumentar em 1975, embora a assistência médica previdenciária continue a consumir cada vez maior parcela do orçamento previdenciário, suportado basicamente pelos assalariados (desconto na fonte) e pelos consumidores (repasse do custo previdenciário para o preço dos produtos), como apontam BRAGA e PAULA (1986), não se constituindo em grandes gastos orçamentários.

De acordo com esses e outros autores, a piora da conjuntura sócio-econômica a partir de 1970 eleva a assistência médica ao plano da reivindicação, politizando o "campo da saúde", por ampliação através da questão da salubridade geral, pela piora de todos os indicadores de saúde, o surgimento de novos (como a meningite) e o recrudescimento de antigas endemias. Associa-se, de forma clara pela primeira vez, durante a ditadura militar, o modelo político-econômico, as ações governamentais na área de saúde e o sistema previdenciário com a exclusão de amplos segmentos dos serviços de saúde e a piora da salubridade geral, associação essa reconhecida pelo próprio governo militar. É nessa conjuntura que o governo Geisel estabelece, com bastante nitidez, a separação entre a medicina previdenciária e as ações médico-sanitárias, buscando a qualquer custo a extensão de cobertura do atendimento médico, como resposta às demandas por saúde.

Em setembro de 1974, como resposta às dificuldades dos próprios previdenciários em conseguir consultas médicas, é elaborado o Plano de Pronta Ação (PPA). Antes, em junho do mesmo ano, surgem o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), estabelecendo-se as competências específicas na assistência à saúde entre o MPAS e o Ministério da Saúde. Geisel afirma que a

"distensão" do regime deve ser inicialmente praticada na "área social" e só posteriormente na "esfera política", explicitando a necessidade de se recompor a base de apoio popular para o regime. Para isso, em outubro de 1974 institui o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), com a finalidade única de assessorar a presidência na elaboração das políticas sociais e na coordenação dos Ministérios, através dos quais as políticas seriam implementadas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989: 239).

O Plano de Pronta Ação é justificado oficialmente como medida para "redução de filas" e para a ampliação do acesso de urgência, "desburocratizando" o atendimento na porta dos hospitais conveniados. Resumidamente, garante a remuneração do hospital nos casos de atendimento de urgência/emergência, independentemente da comprovação do vínculo previdenciário. Os efeitos do PPA devem ser analisados segundo diversas perspectivas:

1- Como política de expansão do acesso ao atendimento médico, responde a uma demanda social represada até então, demanda essa constituída pelos não-previdenciários e pelos próprios previdenciários após a extensão dos direitos a todas as categorias urbanas e rurais, o que gerou uma desproporção entre a estrutura assistencial e o número de usuários efetivos;

2- nesse mesmo sentido, o PPA contém os instrumentos legais para o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde e com o Ministério da Educação (protocolo MEC-INPS), abrindo as portas dos hospitais públicos em geral, e os universitários em particular, à clientela previdenciária. Até então, esses hospitais atendiam exclusivamente os não-previdenciários, no espaço ocupado anteriormente pelas Santas-Casas e os filantrópicos em geral;

3- Estabelece, pela via do convênio e do tipo de pagamento (Unidades de Serviço), uma modalidade altamente lucrativa de assistência médica, o Pronto Atendimento. A partir do PPA, ressalvadas as áreas de alta concentração tecnológica, o "atendimento ambulatorial" (se é que se pode aplicar essa definição para o Pronto Atendimento) vai apresentar taxas de crescimento

maiores (e de remuneração também) que a internação hospitalar comum (BRAGA e PAULA, 1986);

4- Por esses mecanismos, acaba por articular todos os serviços de assistência médica existentes no país em torno do padrão assistencial previdenciário, constituindo-se em instituição hegemônica referente à saúde não apenas perante as demais instituições (Ministério, Secretarias), mas dentro daquelas instituições, entrando pela porta aberta do atendimento público universalizado.

Esse movimento coloca os serviços públicos entre as duas pontas da "tenaz" previdenciária: de um lado, a política social praticada através da Previdência Social, exigindo extensão da assistência médica, expressa nos discursos oficiais, nas propostas de planejamento e no instrumento privilegiado de execução das políticas federais, o financiamento condicionado à aplicação das diretrizes; do outro lado, a pressão mesma da clientela previdenciária desassistida, que começa a bater às portas do sistema não-previdenciário.

Ao desafoço "por baixo", iniciado com o PPA e ampliado posteriormente com a assistência médica progressivamente incorporada aos serviços médico-sanitários, associa-se um desafoço "por cima", para as categorias profissionais mais qualificadas, pelo incentivo à ampliação dos convênios-empresa e, mais tarde, dos seguros-saúde. De acordo com Mendes, o convênio-empresa consolida a relação entre o Estado e o empresariado ***viabilizando "... o nascimento e desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80: o da atenção médica supletiva. (...). O crescimento dessa modalidade deu-se progressivamente, atingindo em 1977, 4.699 convênios que cobriam 10% do total da população previdenciária da época"*** (MENDES, 1994: 25).

O PPA e a ampliação da assistência médica através da estrutura médico-sanitária vem compor um conjunto de políticas compensatórias dirigidas aos segmentos que vinham sendo paulatinamente distanciados do processo

produtivo mais dinâmico e, conseqüentemente, do acesso à renda e ao consumo dos bens em geral, em particular dos necessários à subsistência.

Essas políticas sociais, ainda de acordo com Mendes, constituem-se em políticas alternativas à distribuição de renda via salários ou benefícios universais e redistributivos visando “... **resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas, incremento de seus custos num quadro de crise fiscal**” (MENDES, 1994: 26). Surge então o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), por iniciativa do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que vai financiar a construção de clínicas e hospitais privados, e a incorporação tecnológica.

A coordenação das políticas sociais compensatórias e setorializadas, pelo CDS, demonstra que estas são elaboradas de modo a permitir a capitalização do setor em processo similar ao da expansão da assistência médica. É pela contratação de empresas privadas que se viabilizam os projetos do BNH, assim como a criação do Sistema Financeiro da Habitação (SFH) apóia-se bancos privados. A Suplementação Alimentar permitirá o crescimento da indústria de alimentos formulados e as firmas que intermediarão o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), darão origem ao sistema “tickets-restaurantes”.

Com relação à saúde, marco decisivo é constituído pela concepção do Sistema Nacional de Saúde, em projeto de lei de 17.07.1975, enviado na forma de comunicação à V Conferência Nacional de Saúde, que ocorre em agosto do mesmo ano. O projeto de lei atacava todas as características básicas dos serviços de assistência médica e sua “descoordenação”, por relação às outras ações que envolvem a saúde. OLIVEIRA e TEIXEIRA (1989) resumem essas críticas presentes no documento:

1- quanto aos objetivos: produção de serviços pagos; satisfação da clientela; lucro;

2- da definição de atribuições: confusa, desordenada; conflitante;

3- quanto ao mecanismo de controle e avaliação: aleatórios; episódicos;

4- quanto ao processo decisório: a cargo de inúmeras entidades públicas e privadas, sem definição de níveis de competência ou responsabilidade;

5- quanto à aplicação de recursos: dispersa, mal conhecida; sem programação por objetivos; sem controle;

6- quanto à clientela: mal identificada; várias categorias com diferentes direitos.

O projeto de lei propõe que se organizem as atividades sob uma única coordenação, no caso o CDS, envolvendo os Ministérios da Saúde, Previdência Social, Educação e Cultura (formação de recursos humanos), Interior (saneamento em geral), Trabalho; redefinir a articulação com os Estados, Territórios e Distrito Federal, e destes com os Municípios: os Estados seriam responsáveis pelo planejamento integrado de saúde, criação e operação de serviços de saúde, em apoio às atividades municipais. Os municípios seriam responsáveis pela manutenção dos serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro, e pela vigilância epidemiológica.

Se o 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND, 1970), releva a questão da saúde (tomada limitadamente pela ótica da assistência médica e seu financiamento) como setor estratégico de execução de políticas sociais, a conjuntura recessiva e adversa pós 1974 obriga o Estado a abandonar a retórica e a atuar de fato na ampliação dos benefícios sociais, mantendo-se o destaque da assistência médica. Nesse sentido, o II PND (1975) já vem após o PPA, e aponta a necessidade da "abertura social", elegendo novamente a assistência médica como produto privilegiado à ser oferecido à população, combinada com outras ações dirigidas à população de baixa renda.

Encadeia-se, entre 1974 e 1976, o PPA, o CDS, o Sistema Nacional de Saúde, a V Conferência Nacional de Saúde, desenvolvendo-se em 1976, no âmbito do Ministério da Saúde, o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

(PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Pode-se considerar que, a partir de 1975, com o II PND e o SNS, a racionalidade planejadora dos governos pós-64 atingem a área da saúde. O planejamento fica consagrado como principal instrumento político de governo, com a criação do Ministério do Planejamento, em 1967, pelo decreto-lei nº 200, que dispõe sobre a reforma administrativa e vai ter impacto decisivo na forma de relacionamento entre os estados e o governo federal; no que nos interessa, no papel que exerce sobre a estrutura médico-sanitária estadual em São Paulo.

O II PRONAN, programa destinado a reorganizar os sistemas de produção e distribuição de alimentos dos programas de suplementação alimentar, foi elaborado pela Secretaria de Planejamento da Presidência e definido aí como de atribuição do INAN, instituto vinculado ao Ministério da Saúde. O PIASS foi elaborado especificamente para ampliar a assistência médico-sanitária pública, em municípios com menos de 20.000 habitantes, tendo o Nordeste como prioridade inicial. Constituir-se-ia, assim, pela visão planejadora, no "passo inicial" da complexa articulação necessária à implantação do Sistema Nacional de Saúde. De acordo com Braga e Paula, suas principais diretrizes eram:

- a) ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- b) ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de carácter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas a seu encaminhamento a serviços especializados;
- c) desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas como de baixo custo e de alta eficácia;
- d) disseminação de unidades de saúde tipo "mini-postos", integradas aos sistemas de saúde da região e apoiados por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

e) integração, no nível local, dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde (BRAGA e PAULA, 1986)

Já se pode notar, com o PIASS, o novo desenho da estrutura médico-sanitária brasileira, que vai se constituir em um marco na estratégia de extensão de cobertura dos serviços de saúde, atingindo em pouco tempo as estruturas públicas estaduais e municipais de saúde, desde a organização das secretarias até a implantação e o funcionamento mesmo das unidades de prestação de serviços. Como elemento estratégico da extensão de cobertura, o PIASS oferece algumas características fundamentais para a análise do desenvolvimento dos Centros e Postos de Saúde desde então.

Em consonância com a delimitação dos espaços de atuação dos serviços públicos definida pela lei do SNS, o PIASS destina-se prioritariamente a uma população não-previdenciária e residente em zona rural. Os projetos que integram o PIASS são elaborados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, contando com a participação de técnicos regionais do Ministério da Saúde, do MPAS e do Ministério do Interior. Busca-se uma integração das ações na base operacional - o estado - já que no nível federal os ministérios mantêm sua linha própria de atuação.

A articulação a nível estadual desdobra-se nos níveis regionais e municipais, ficando estes responsáveis pelo funcionamento dos módulos básicos: Centros e Postos de Saúde e Unidades Mistas. Nesse aspecto, o PIASS ensaia também os primeiros passos na municipalização da saúde, reivindicação antiga dos sanitaristas.

O modelo de prestação de serviços proposto pelo PIASS é o da Medicina Comunitária, como se pode notar na exposição de suas principais diretrizes. Nesse sentido, integra-se às correntes majoritárias e hegemônicas presentes nas instituições médico-sanitárias, desde a OMS, OPS e Ministério da Saúde, até os Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Faculdades de Medicina.

A Medicina Comunitária aparece nos EUA como o movimento pelos Centros de Saúde, compondo um movimento que não se limitava à atenção médica, e que visava basicamente o combate à pobreza através de programas sociais abrangentes, durante os governos Kennedy e Johnson, na década de 60. De acordo com Donnangelo, o projeto específico da Medicina Comunitária é difundido pelas agências internacionais e **“... resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência possíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais”**. (DONNANGELO, 1976: 85)

“Como projeto de reforma médica, a Medicina Comunitária retoma e reorienta questões já postas no campo de problemas e tentativas de solução que cercam a prática médica. Postula, na sequência da medicina integral e da medicina preventiva, a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psico-sociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos de atenção à saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações (...). Mas localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica (...). Por essa via dirige-se não apenas para a reformulação do ato médico, mas para uma nova articulação do conjunto de agências e práticas (...) O princípio de medicina integral deve continuar a orientar a prática, mas as estratégias se deslocam do ato médico individual do médico como agente privilegiado da recomposição, para a busca de novos modelos cujo alvo seja a coletividade”. (DONNANGELO, 1976: 86)

A conjuntura na qual emerge a Medicina Comunitária no Brasil e as situações concretas em que se estrutura como prática alternativa de saúde, por referência à medicina previdenciária, serão daqui para a frente, a base da

discussão sobre a prática pediátrica nos Centros de Saúde que se constitui em prática médica específica dos modelos assistenciais que tomam por base aquela proposta.

Inaugurada oficialmente com o PIASS, a Medicina Comunitária vai servir como referencial técnico e doutrinário para uma ampla gama de projetos de extensão da assistência médica a partir do início da década de 70, reorientando a estrutura médico-sanitária já existente ou subsidiando a criação de projetos municipais. Alguns deles articulam, em graus variados, a participação de faculdades de medicina através de convênios: projetos que vão servir de campo de ensino e de experimentação para os Departamentos de Medicina Preventiva e Social. O próprio PIASS já é fruto da participação das faculdades em projetos financiados e apoiados pela OPAS, conjuntamente com instituições de ensino e fundações estrangeiras, de onde saem as experiências e os quadros técnico-administrativos que conformarão o PIASS. Devem ser ressaltados os projetos pioneiros de Paulínia (UNICAMP/Fundação Kellog) em São Paulo, Montes Claros (Universidade do Norte de Minas/Universidade de Tulane/IPPEDASAR) em Minas Gerais e o de Londrina (Universidade Estadual de Londrina) no Paraná.

No esteio aberto por esses projetos, vai-se constituindo toda a nova racionalidade que orientará os projetos públicos de assistência médico-sanitária e que mais tarde dará origem ao Movimento de Reforma Sanitária. Com o espaço político aberto pelo reconhecimento da precariedade da estrutura médico-sanitária e sua desarticulação por relação à medicina previdenciária, este reconhecimento é explicitado na lei que cria o Sistema Nacional de Saúde; o referendo dado a esse reconhecimento e o aprofundamento das críticas à política de saúde dos governos militares, representadas pela V Conferência Nacional de Saúde, e a definição de uma estratégia governamental de apoio à implantação de projetos municipais de assistência à saúde com base na Medicina Comunitária, dão impulso significativo a essa modalidade assistencial no âmbito dos serviços públicos. Em 1977, para dar apoio ao PIASS e às iniciativas estaduais e municipais, desenvolve-se um Programa de Preparação Estratégica de Pessoal

de Saúde (PPREPS), em convênio firmado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e a OPAS, especificamente para fornecer pessoal às carreiras de Sanitarista e Agente de Saúde Pública.

Como decorrência de todos esses esforços, a rede de serviços ambulatoriais públicos, entre os quais se incluem os Centros e Postos de Saúde, passa de 1.122 unidades em 1975 para 13.739 unidades em 1984, já na vigência das Ações Integradas de Saúde - AIS (MENDES, 1994)

A reforma administrativa iniciada em 1966, a nível federal, produz já em 1968 no estado de São Paulo a divisão da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social em duas secretarias distintas, dando nova estrutura à recém criada Secretaria de Saúde. A reforma administrativa da Secretaria de Saúde tinha como principal objetivo definir, capacitar e apoiar o Centro de Saúde como unidade responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que servia. Buscava-se, através da reforma, acabar com as divisões estanques e verticais dos serviços e integrá-los todos no nível dos CS, reestabelecendo-o como **"... unidade sanitária polivalente, verdadeiro eixo da organização, sob comando único, responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade à que serve"** (TANAKA, 1982, p 12)

As diretrizes que orientariam para esse objetivo seriam a centralização normativa e a descentralização executiva.

Os instrumentos de planejamento, gerenciamento e avaliação baseavam-se em: um amplo sistema de informações (epidemiológicas, da produção dos serviços); supervisão dos serviços, formação e treinamento de pessoal; criação de carreiras específicas (médico-sanitarista, para chefiar o Centro de Saúde).

Em decorrência da reforma, as 1.508 unidades sanitárias existentes no estado de São Paulo em 1969 foram transformadas em 827 Centros de Saúde, dando o sentido da unificação dos serviços estanques. Desaparecem os Postos de Puericultura e os diversos Dispensários, mas os Centros de Saúde que têm origem nessa unificação não conseguem ainda estabelecer a integração

almejada, além do que têm diferenças importantes entre si quanto ao tamanho, diversidade de serviços, qualidade do atendimento prestado etc. A implantação definitiva da mudança vai esperar até 1976, quando a extensão de cobertura via Centros e Postos de Saúde estaduais e municipais coloca-se na ordem do dia no plano nacional após a V Conferência, o início do PIASS e o esgotamento da capacidade de absorção do PPA.

Esse último impulso para a mudança do modelo tecnológico de prestação de serviços médico-sanitários no estado de São Paulo, dado pela conjuntura nacional, já traz então, embutidas, as duas vertentes principais do modelo a ser implantado: o planejamento, que vai articular em uma nova racionalidade técnica as necessidades coletivas de saúde e os instrumentos de ação sobre essas necessidades; e a Medicina Comunitária, da qual se aproveitará parte do enfoque pedagógico, toda a divisão técnica do trabalho, mas não a participação da comunidade no sentido amplo de construção do modelo e dos serviços.

Em linhas gerais, o Modelo Programação (Nemes, 1993), como é conhecido o modelo tecno-assistencial (ou tecno-organizacional) implantado a partir de 1976 pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, apoiava-se já na reforma administrativa de 1968, buscando garantir as condições necessárias para a consolidação dos Centros de Saúde, como unidades polivalentes, que promovessem a assistência integral ao usuário e integrassem essas ações com vistas ao coletivo. Para tanto, desaparecem as Divisões e Serviços verticais, para darem lugar a uma ampla Coordenadoria de Saúde da Comunidade, responsável pela rede de Centros de Saúde. Essa coordenadoria tinha o apoio e a supervisão do Departamento Técnico-Normativo que englobava as seguintes divisões: Estatística, Epidemiologia, Normas Técnicas, Planejamento e Documentação, além de um Conselho Consultivo.

A Coordenação de Saúde da Comunidade teria então a atribuição inicial de implantar o modelo nos CS, lançando mão do treinamento de pessoal, orientação técnico-normativa, supervisão, etc. O trabalho realizado pelos CS

estaria vinculado à execução de Programas, que abarcavam atividades várias, com o objetivo de dirigi-las integradamente, com vistas a atingir problemas elaborados no plano coletivo, constituindo desse modo três grupos populacionais submetidos a riscos diferenciados: Crianças, Gestantes e Adultos.

A concepção do processo saúde/doença que orientava o Modelo Programação era a da "História Natural das Doenças" elaborada por LEAVELL e CLARK (1976) no âmbito da Medicina Preventiva. Combinou-se, desse modo, a proposta da Medicina Comunitária como modelo assistencial, a orientar a divisão técnica de trabalho no CS e a relação CS/Comunidade; e a História Natural das Doenças, como concepção do processo saúde/doença que, como instrumento de apreensão do objeto de trabalho pelos agentes, serviria como mediação necessária entre o problema de saúde tomado no plano coletivo e as ações individuais de cada agente sobre o cliente.

Aqui se situa uma primeira grande novidade do Modelo Programação. O modelo vigente até então, baseado nas concepções da corrente "vertical-permanente-especializado", definia o objeto de trabalho já recortado como doença específica, embora as práticas de Puericultura, como vimos, não possam ser entendidas dessa mesma maneira. No Modelo Programação entretanto, busca-se a melhoria da salubridade coletiva, de modo global, naquilo que a ação médico-sanitária fosse capaz de interferir, combinando-se diversos tipos de instrumentos: educação higiênica e sanitária; vacinação; suplementação alimentar; atendimento médico de rotina e eventual para patologias agudas; vigilância sanitária e epidemiológica. Aparentemente, os instrumentos são os mesmos do modelo anterior. Deve-se ter em mente, no entanto, que os instrumentos não existem fora do processo de trabalho, e que este adquire significado somente por referência ao objeto e à finalidade, na obtenção de um produto a partir daquele objeto.

No caso do Modelo Programação, a racionalidade que está por trás da aplicação da divisão técnica do trabalho (emprestada da Medicina Comunitária) e da aplicação do conceito de saúde (fundamentado pela "História

Natural") é a do planejamento, que visa instituir medidas de alto impacto social com o mínimo de negociação política e o menor impacto redistributivo¹⁴. O que se quer afirmar aqui é que, naquela conjuntura política, o planejamento já estava previamente determinado por essas características, de modo que a aplicação de fundamentos da Medicina Comunitária e a concepção de História Natural da Doença na conformação do Modelo Programação já se dá no contexto dessa estratégia de governo, o que pode ser identificado na origem do projeto.

A partir da constatação do aumento da mortalidade infantil em São Paulo, entre 1960 e 1970, ao mesmo tempo em que ocorre grande crescimento econômico, mas queda real do salário mínimo (e, em última análise, piora das condições de vida de boa parte da população), é criado um grupo de trabalho pelo governador Laudo Natel, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, em 1972. Esse grupo elabora um documento, "Diretrizes para a Política Estadual de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Materno-Infantil" que, de acordo com o próprio documento "*... procuram obedecer às diretrizes conhecidas da Política Nacional de Saúde, embora falte ainda um plano oficializado em função do qual se possibilitassem e se orientassem os ajustamentos ou adaptações regionais*" (apud ALBUQUERQUE, 1979: 28).

Como vimos, a estrutura médico-sanitária, no conjunto dos serviços de saúde, vai ser ampliada com o duplo objetivo de prestar assistência médica simplificada dirigida às populações situadas fora do processo produtivo, e articular esse benefício social a outras medidas de política social focalizadas em grupos específicos. O próprio documento do grupo de trabalho aponta para as limitações da assistência médico-sanitária como elemento decisivo na elevação das condições de saúde da população: "*As medidas indiretas da administração como saneamento básico, a educação, as melhorias das condições de transporte, bem como a política social e econômica do país,*

¹⁴ Não se está sugerindo que esta seja a racionalidade de todo e qualquer planejamento em saúde, mas que a racionalidade deste, do Modelo Programação, incorpora essas diretrizes

superam em alcance sanitário a ação médico-assistencial direta..." (op.cit.: 28).

O projeto inicial do Modelo Programação continha apenas dois programas: o Programa de Assistência à Criança (PAC) e o Programa de Assistência ao Adulto, além de sub-programas, que destinavam-se a patologias específicas, como o de Hanseníase e Tuberculose. Talvez por força das "diretrizes nacionais", cria-se o Programa de Assistência à Gestante, que junto com o PAC caracterizaria a área materno-infantil do Modelo.

O PAC definia seu propósito como o de *"desenvolver junto às crianças de 0-14 anos, pertencentes à área de atuação do Centro de Saúde, ações integradas de saúde, visando proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução do processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças"* ("Programa de Assistência à Criança", Secretaria de Estado da Saúde, S.P., 1976, mimeo)

A contribuição da Medicina Comunitária vai aparecer na organização do processo de trabalho e na concepção de comunidade. Com relação ao processo de trabalho, propõe-se a utilização de agentes não-médicos, que executariam atividades "delegadas", por meio de treinamento e da supervisão no exercício das atividades. A atenção integral à saúde seria conseguida pela utilização de "diferentes enfoques" na abordagem da clientela e a consequente submissão de cada criança a uma rotina de atendimento, na qual a maior parcela era atribuída às atendentes de enfermagem e às visitadoras sanitárias. A concepção de comunidade no Modelo Programação é o de um conjunto de indivíduos, residentes em uma mesma região, submetidos às mesmas condições precárias de vida, e dependentes da ação do Estado no acesso ao consumo de bens e serviços necessários à vida, cujo acesso via mercado está impossibilitado por sua condição econômica.

Essa concepção articula-se bem com o formato das políticas sociais setorializadas e focalizadas, de um lado; de outro, com a concepção do processo Saúde/Doença da "História Natural das Doenças". Isto porque a "História Natural"

utiliza-se de uma teoria do social que incorpora o social como atributo individual, representado pelas variáveis renda, escolaridade, ocupação etc, como aponta AROUCA (1975)

O trabalho a ser realizado pelo CS terá, como fio condutor maior da racionalidade do modelo, não a eventual possibilidade de mudança da estrutura social, mas a superação via assistência médico-sanitária daqueles problemas de saúde que, pela condição sócio-econômica da comunidade servida, ocorrem ali em maior escala. Opera-se assim um recorte do próprio enfoque da Medicina Comunitária, que pensa em resgatar a atuação dos indivíduos na superação dos problemas da comunidade pela discussão (e conseqüente politização) das questões, mesmo que sob o propósito explícito da integração social: ***“Os Programas de ação comunitária, dos quais historicamente a Medicina é um aspecto particular, não reproduzem as características meramente assistencialistas ou paternalistas, tradicionais, nos programas de “ajuda aos pobres”. Através da participação pretendem despertar os grupos populacionais a que se dirigem para que assumam uma nova postura diante de sua condição, o que lhes permitirá, através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos, adotar um padrão considerado normal de integração dentro da estrutura social. Como para esta concepção funcionalista da sociedade há uma homogeneidade entre o social, o econômico e o político, estes passam a se constituir em variáveis interdependentes sem uma hierarquia de determinações (...). A escalada rumo à integração pode então se iniciar indiferentemente a partir de programas de melhoria das habitações, educação de base (alfabetização de adultos, educação sanitária), da animação social (clube de mães, clubes de jovens, atividades esportivas) (...). Resolver os problemas de uma determinada comunidade unicamente através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos traduz a concepção de que os problemas locais são locais não somente em sua expressão como em sua origem...***

(esvaziando) a dimensão estrutural dos problemas locais” (PELLEGRINI FILHO et alli, 1978: 221)

A rigor, a “participação comunitária” do Modelo Programação fica restrita ao comparecimento dos indivíduos ao CS para serem suporte das ações programáticas.

Estas, por sua vez, são qualificadas por referência aos níveis de prevenção definidos por LEAVELL e CLARK (1976): prevenção primária, referente às ações de promoção da saúde (educação sanitária, suplementação alimentar) e profilaxia das doenças infecto-contagiosas (vacinação, controle de comunicantes); prevenção secundária, referente ao diagnóstico e tratamento precoces de doenças, com a finalidade de se minorar a sua gravidade, evitar sequelas e a propagação da doença na comunidade; e prevenção terciária, referente à recuperação da saúde (seguimento de tratamentos) e à reabilitação (tratamento das sequelas, fisioterapia etc).

O Programa de Assistência à Criança (PAC) acaba na prática por se constituir no “carro-chefe” do Modelo Programação. Não poderia ser diferente, uma vez que, já antes da reforma da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SSESP), o maior número de serviços era constituído pelos Postos de Puericultura e, nos CS, pelo atendimento à criança. De um modo geral, o PAC segue as diretrizes de priorização do Programa Materno Infantil (PMI) federal, concentrando as atividades de rotina nas crianças menores de 1 ano. Essas atividades seriam: 1- consulta médica (1ª consulta e consultas aos 4º, 6º, 8º e 12º meses de vida); 2- atendimento de enfermagem nos outros meses, até o 18º; 3- vacinação; 4- suplementação alimentar (4 latas de leite em pó por criança, mensalmente distribuídas, durante 12 meses após o desmame); 5- reuniões de grupo; 6- visitas domiciliares. Havia toda uma padronização no sentido de se utilizar a antropometria na identificação de risco nutricional, assim como sobre exames de rotina, tratamento de doenças (verminose, anemia) etc A padronização buscava impactar a qualidade do atendimento médico e de enfermagem, assim como permitir a aquisição de medicamentos também padronizados.

Ficavam fora das atividades de rotina dos CS todas as crianças maiores de 18 meses, embora fossem previstas uma consulta oftalmológica aos 3 anos e meio (resquícios do serviço do Tracoma?) e outra, odontológica, aos 6 anos.

Do ponto de vista da extensão do atendimento médico para a população usuária do CS e da ampliação do acesso ao consumo de ações de saúde e outros bens, o Modelo Programação estabelece duas diretrizes que rompem, pelo menos na intenção explícita, com as práticas anteriores ao Modelo.

Ao atendimento médico de rotina, destinado às crianças matriculadas no PAC e seguindo aquele cronograma, é acrescido o atendimento médico eventual. A fundamentação dessa atividade no âmbito do PAC é dada com base na concepção de Leavell e Clark, respondendo à prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoces de doenças agudas), cumprindo também a função de controlar a incidência de doenças no âmbito coletivo, exatamente pelo tratamento precoce, impedindo sua disseminação. A consulta médica eventual cumpre também a função de universalizar o acesso aos CS, respondendo a uma diretriz mais geral: superar a definição anterior da clientela dos CS, (os não-previdenciários), assim como ampliar o acesso aos não residentes na área de cobertura programática do CS. O mesmo vai ocorrer com a Suplementação Alimentar. A prática anterior de distribuição de leite pelos lactários estabelecia que só seriam admitidas crianças ao lactário à medida que outras tinham alta. Havia também uma triagem sócio-econômica da família para a concessão do leite. Com o Modelo Programação, todas as crianças, independente do nível sócio-econômico, teriam o direito de receber o leite segundo o cronograma estabelecido. Para isso, no entanto, deveriam estar com as atividades de rotina "em dia", isto é, ter feito as consultas médicas, o atendimento de enfermagem e as vacinas nas épocas previstas. A suplementação alimentar, além de representar, no conjunto das atividades, aquela que maior impacto poderia causar na redução da desnutrição, responderia também como elemento de captação da clientela

para as ações de rotina; nesse aspecto, somava-se às consultas eventuais, que tinham esse efeito previsto nas justificativas para sua implantação.

No que tange à conformação do trabalho médico no interior do PAC, deve-se salientar que, como proposição doutrinária, dever-se-ia evitar a "supervalorização" da consulta médica no atendimento à criança (TANAKA, 1982). Nesse sentido, mesmo as consultas eventuais deveriam ser precedidas de um atendimento de enfermagem, realizado por visitadoras sanitárias, que decidiriam pela necessidade (ou não) da consulta médica. Toda essa regulação do acesso ao médico é explicada como tecnicamente necessária, tendo em vista o objetivo maior do PAC, o impacto no coletivo, e não o atendimento médico puro e simples. Afirma-se, categoricamente, que a delegação de funções médicas a pessoal auxiliar não teria a intenção de substituir o médico ou de diminuir o seu trabalho, mas sim o de ampliar a sua ação por meio de outros enfoques, naquilo em que o médico não é imprescindível.

Para AROUCA, as condutas sistematizadas nos níveis de prevenção dos modelos fundamentados na concepção da "História Natural das Doenças" apontam para a tentativa de consolidação de técnicas e condutas *"... em um espaço de neutralidade, como se as mesmas tivessem uma equivalência de valor de troca dentro de uma sociedade capitalista. Portanto, o mecanismo implícito é o estabelecimento de uma conduta geral que neutralize o valor de troca diferencial que a mesma assume, e que privilegie o seu valor de uso como tendo o sentido da prevenção. Trata-se, portanto, de continuar sobrevoando as coisas e negar a realidade do cuidado médico como mercadoria"* (AROUCA, 1975: 167).

O desenvolvimento concreto do PAC, ao colocar a racionalidade, expressa no arranjo de ações e nos objetivos do programa, frente a frente com as necessidades sentidas pela população, levará a uma orientação da prática que acaba por contemplar mais a demanda imediata colocada pelos usuários do que os objetivos formulados pelo programa.

Em estudo que visava avaliar a execução do PAC entre 1977 e 1980, TANAKA (1982) observa que a suplementação alimentar, em quantidade de leite distribuído, não varia a partir de 1977, primeiro ano do programa. NEMES (1993) informa que, de acordo com dados da SSESP, no ano de 1977 houve um aumento de 70% no número de crianças que recebiam suplementação alimentar¹⁵. Isto leva a crer ter havido um aumento inicial da quantidade de leite distribuída durante o ano de 1977, acompanhando o aumento do número de crianças inscritas no PAC, seguida de uma posterior estabilização em ao redor de 8 milhões de latas por ano, caindo para 7 milhões em 1980. A porcentagem da verba/leite executada pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade, por relação à sua verba total, era de 15%, um montante razoável de recursos. (TANAKA, op.cit.)

Tanaka conclui também que ocorre um deslocamento da faixa etária atendida nos CS, com aumento progressivo das consultas médicas de rotina para os menores de 1 ano, e uma queda equivalente nas consultas médicas eventuais para todas as outras faixas etárias, entre 1977 e 1980. O número de consultas totais entretanto permanece constante.

O PAC chega ao limite de absorção de consultas médicas logo no primeiro ano (1977) como se deduz da manutenção do número total de consultas até 1980. Isto não significa que os médicos estejam todos sobrecarregados de serviço, mas que as medidas de reorientação da assistência tiveram apenas o efeito de concentrar as consultas médicas nos menores de 1 ano e no atendimento de rotina. A almejada universalização do atendimento médico eventual, a transformação dos CS em um serviço médico de primeira linha não excludente, não se efetivou.

Ao contrário, ao regulamentar mecanismos que se interpuseram entre o médico e a clientela (atendimento de enfermagem, pré-consulta, triagem, etc) e ao estabelecer a consulta médica de rotina como necessária para o

¹⁵ A mesma autora informa que, nesse ano, 70% das crianças menores de 1 ano do Estado de São Paulo estavam matriculadas no PAC

recebimento do leite, o PAC retirou alguns elementos de controle do médico sobre a demanda que ele detinha no modelo anterior, mas forneceu outros, que os médicos também manipularam em seu interesse, com a conveniência de não serem eles próprios responsáveis por esses mecanismos.

Por meio do levantamento de 523 prontuários, TANAKA analisa as anotações de 1.102 consultas médicas, realizadas em Centros de Saúde da Região da Grande São Paulo: apenas 172 consultas (15,6%) continham anotação sobre o exame físico; 31 (2,8%) tinham anotação de diagnóstico nutricional e 156 (14,2%) do estado vacinal. Por outro lado, 682 consultas tiveram anotados diagnósticos de patologia. O autor encontrou uma correlação estatística positiva entre queixa e diagnóstico, mas não entre diagnóstico e exame físico. Para ele, **“... aparentemente o diagnóstico está sendo feito mais baseado em queixa do que em dados registrados no exame físico”** (TANAKA, 1982: 53). Essa modalidade de consulta médica no âmbito dos Centros e Postos de Saúde é reconhecida também por vários outros autores¹⁶ (ALBUQUERQUE, (1979), SUCUPIRA, (1981), MENDES GONÇALVES, (1986), CAMPOS (1991), marcando definitivamente a incorporação do Pronto Atendimento (P.A.) como a forma de trabalho médico típica da estrutura médico-sanitária.

No caso do Modelo Programação, tomado para análise pela abrangência da rede de Centros de Saúde da SESP e pela quase exclusividade que representava, à época, como estrutura médico-sanitária no Estado de São Paulo, é necessária uma discussão mais aprofundada sobre a conformação dessa prática (P.A.) no seu interior, além da mera constatação de sua prevalência sobre outras possíveis.

Em primeiro lugar, não há estudos ou relatos que descrevam o padrão de consulta médica pediátrica anterior ao Modelo Programação. Pode-se imaginar, dada a resistência oferecida à universalização da clientela pelo Modelo Programação, à não absorção das consultas eventuais e ao padrão das consultas identificado logo após sua implantação, que já era uma modalidade incipiente,

¹⁶ [Albuquerque (1979), Sucupira (1981), MENDES GONÇALVES (1986), Campos (1991)]

mas presente em sua forma básica nas consultas médicas dos serviços de Puericultura dos PP e CS. .

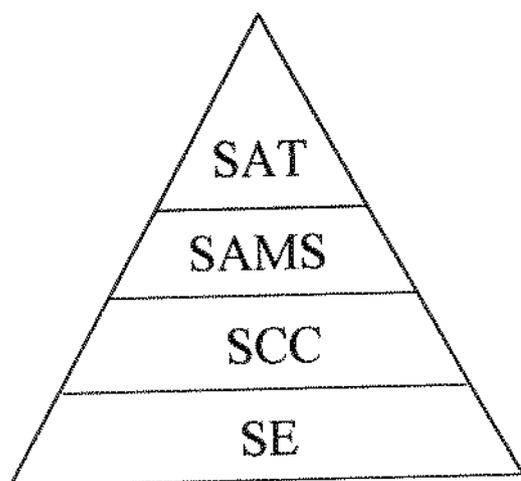
Em segundo lugar, não há relato sobre o cumprimento do horário de trabalho pelos médicos, mas as faltas frequentes, o não cumprimento do horário contratado e o atendimento rápido das consultas agendadas, depois de se justificar a não absorção da demanda eventual pela quantidade de consultas de rotina, provavelmente não surge com o Modelo Programação, pois não há nada nesse projeto que incentive ou facilite essa prática. Neste sentido, o que deve ter ocorrido é um rearranjo de situações anteriores dentro do novo modelo, apesar das medidas de racionalização do trabalho médico implantadas na tentativa de diminuir o poder do médico em controlar seu processo de trabalho.

Estudando a implantação do PAC em um Centro de Saúde em 1978, Albuquerque identifica que ***“os médicos, interrogados por nós, mal tinham idéia do que se tratava (o PAC)...”*** (ALBUQUERQUE, 1979). Trabalhando com o enfoque de análise institucional, esse autor nota que há uma certa percepção homogênea entre todos os agentes institucionais (chefe do CS; médicos consultantes; educadoras sanitárias; enfermeiras, visitadoras; clientela) ***“... no sentido de representar a Instituição (o CS) como entidade assistencial, benevolente mas precária, e de um duplo ponto de vista: por contar com poucos recursos e pela natureza mesma de sua tarefa assistencial”***. (op.cit.: 48)

A percepção dos trabalhadores do CS é de que esta é uma instituição carente de recursos e desprovida das condições materiais e de recursos humanos para dar conta de suas tarefas programáticas. Também para ALBUQUERQUE, o planejamento e as ações programáticas, os critérios de seleção dos grupos e sua intencionalidade ***“...podem se transformar, concretamente, em desorganização do atendimento e estratificação dos serviços. (.....). Ao mesmo tempo, a escassez de recursos por parte da clientela serve para defini-la como “carente” pelo discurso dominante, mas***

ela reflete a progressiva estratificação dos serviços de saúde...”
(ALBUQUERQUE, 1979: 22)

Essa estratificação, já no final da década de 70, resultado da forma como se estrutura a assistência médica na formação social brasileira, é representado por MENDES como uma pirâmide, onde no topo está o Sub-Sistema de Alta Tecnologia (SAT) e na base o Subsistema Estatal (SE), conforme a figura abaixo:



SAT - Subsistema de alta tecnologia

SAMS - Subsistema privado de atenção
médica supletiva

SCC - Subsistema privado, contratado
e conveniado

SE - Subsistema Estatal

(MENDES, 1994: 29)

O Subsistema de Alta Tecnologia (SAT), ainda incipiente, é constituído basicamente pelos hospitais universitários; o SAMS estava constituído em torno das Medicinas de Grupo e das nascentes cooperativas de trabalho médico - Unimeds; o sub-sistema hegemônico, o SCC, era o contratado e conveniado da previdência, que atinge seu auge com o PPA, onde tem início alguma universalização; e o subsistema estatal estava delimitado pelos serviços médico-sanitários federais, estaduais e municipais, dirigidos, como vimos, à população não integrada aos processo de produção mais dinâmico, residente na zona rural e nas periferias das cidades de médio e grande porte.

Como se pode notar, há uma simetria entre o Sistema de Saúde assim constituído e o Sistema Educacional, onde as instituições públicas-estatais ocupam também a base e o topo da pirâmide.

A percepção do Centro de Saúde como serviço de assistência social, tanto por parte dos trabalhadores dos CS, como por parte da clientela, demonstra que a inserção concreta desses serviços no âmbito dos serviços de saúde é identificada com precisão por todas as partes envolvidas nas relações institucionais, consolidando seu perfil assistencialista. Para a clientela, os serviços que compõem o PAC **“... tais como a distribuição de suplementação alimentar, as consultas médicas curativas, a vacinação e o atendimento de enfermagem, aparecem, por um lado, como forma de disciplinar hábitos sociais, ao mesmo tempo que, por outro lado, procuram possibilitar o acesso de determinada faixa da população aos serviços de saúde que, em outras circunstâncias, ser-lhes-iam negados (...) o benefício material é, na maioria das vezes, um dos últimos recursos para a sua sobrevivência”**. (ALBUQUERQUE, 1979: 23)

Os depoimentos tomados por ALBUQUERQUE, referentes ao motivo da busca do CS, falam por si: **“a gente tem que vir no médico, porque senão perde a vaga de pegar leite”, “entrei na sala do médico e ele foi logo perguntando se era para pegar o leite. Aí eu disse que sim, e ele me deu o papel; só perguntou se a criança não tinha nada; nem examinou nem nada”**. (id.ibid.: 100)

Poder-se-ia pensar que se trata de depoimentos pontuais, e tomados em um único Centro de Saúde dentre os quase mil existentes no estado por essa época. Entretanto, por minha própria experiência, que no contexto do trabalho não serviria como elemento de análise metodologicamente confiável, e principalmente pelas análises realizadas por outros autores, esses depoimentos ganham o status de regra geral e, mais do que isso, evidenciam o padrão assumido pela consulta médica de rotina: autorizar o fornecimento do leite.

Tomando os CS pelo ângulo de serviços assistencialistas do modo como a clientela e os outros agentes o representam, desaparece a imagem contraditória das práticas institucionais, que são evidentes quando confrontadas com a leitura mais superficial e imediata do PAC e do Modelo Programação. Revela-se então o espaço concreto de atuação assumida pela estrutura médico-sanitária, em especial os Programas Materno-Infantis e os Programas de Assistência à Criança nesse momento de transição da estrutura de assistência médica no Brasil.

Como programas planejados e implantados no bojo das políticas sociais setorizadas, constituem-se de fato em um conjunto de ações que fornecerão bens materiais (vacinas, leite, medicamentos) e não materiais (consultas médicas) à população carente, utilizando-se dos Centros de Saúde como unidade de distribuição desses bens. A importância do Centro de Saúde com relação a essas políticas, no entanto, transcende em muito a mera função distribuidora; ao operar de acordo com a racionalidade do planejamento impressa na formulação dos Programas, dos quais o PAC seja talvez o melhor exemplo, o Centro de Saúde constitui-se na estrutura ideal para reproduzir a seletividade estrutural do Estado brasileiro, no caso regulando o acesso a bens necessários para a subsistência através de mecanismos revestidos de técnicas de priorização.

Ao buscar a aplicação das ações programáticas, mesmo levando em conta toda a sorte de problemas, a relação concreta da instituição CS com a população usuária encarrega-se de "naturalmente" recolocar as coisas nos seus devidos termos: a clientela, ao fim e ao cabo, simplesmente aprende a contornar os novos obstáculos colocados para o acesso àquilo que entende ser o que precisa para satisfazer suas necessidades concretas.

"O que está em questão nesses casos é a mercadoria remédio e a mercadoria leite em pó, responsáveis pelas demandas mais intensas no setor de Pediatria do Centro de Saúde. (...). O médico é na maioria das vezes associado ao remédio..." (ALBUQUERQUE, 1979: 128)

Antes de entrarmos na discussão da "mercadoria" atendimento médico, cabe uma pequena reflexão sobre o remédio como substituto do acesso à alimentação e ao saneamento básico adequados, que parece refletir o padrão assistencial que emerge com os projetos de extensão da assistência médica através da estrutura médico-sanitária. CORDEIRO, utilizando-se de dados da CEME, praticamente a única fornecedora de medicamentos para a rede de Centros e Postos de Saúde na época, aponta uma ascensão do uso de vitamínicos entre 1976 e 1977, passando de 13% do total de medicamentos adquiridos à CEME, em 1976, para 23% em 1977, transformando-se no grupo de medicamentos mais adquiridos; os anti-helmínticos, que em 1976 não figuravam na lista dos medicamentos que acumulavam 62% da demanda em conjunto, passam para o 2º lugar em 1977, atingindo 18% do total. (CORDEIRO, 1978: 219)

Isto ocorre exatamente no momento de implantação do PIASS e das outras propostas de medicina simplificada com base na Medicina Comunitária, em projetos estaduais como o Modelo Programação, ou os projetos municipais.

O padrão de consulta médica de crianças, o processo de trabalho do pediatra no interior desses projetos, estrutura-se já por referência às necessidades imediatas colocadas pela clientela (objeto do trabalho), e pela finalidade do processo coletivo de trabalho, não aquela impressa no PAC de forma explícita (favorecer o crescimento e o desenvolvimento das crianças etc), mas à finalidade última dos serviços de saúde, constituídos como órgãos efetores da Política Social setorizada: reduzir a carência da população usuária. Ao tomar a carência como objeto concreto da prática institucional, o médico opera (no processo de trabalho) a adequação de seu objeto parcelar àquele objeto maior, assim como à finalidade maior da prática institucional.

Ao recortar seu objeto do conjunto de necessidades que consubstanciam a carência na concepção da Instituição, o médico faz coincidir em um mesmo plano a normatividade institucional e a normatividade que orientará a elaboração do produto de seu trabalho. Como vimos, o trabalho médico como qualquer outro trabalho, deve captar seu objeto já concebido de modo a que se

vislumbre, no objeto conformado para o trabalho, o futuro produto, que deve satisfazer uma necessidade. No caso do trabalho médico, na forma de consulta médica, o produto será a reposição da normalidade, já transcendendo o corpo anátomo-fisiológico, normalidade essa que estará sempre referida ao padrão de normatividade a que se submete aquele corpo em sociedade.

E a normatividade com que operam os CS já está dada pela idéia de "carência" que impregna todos os agentes envolvidos, da clientela ao médico. É uma normatividade "rebaixada", na verdade uma diferença de classe, onde as classes populares são concebidas como "diferentes" pela dificuldade de acesso ao consumo de bens, e não por estarem submetidas a relações de produção que mantém a estrutura de classes. O CS é entendido como serviço específico para essa classes, com o que se tornam dispensáveis os mecanismos formais de separação de clientelas (previdenciário/não-previdenciário, residente ou não na área de cobertura etc), introjetando-se para dentro da organização do processo de trabalho, das relações dos trabalhadores entre si e do serviço com a clientela, toda a representação da normatividade, que definirá e especificará as tecnologias utilizadas no processo de trabalho e os produtos que se buscam conformar.

Para o trabalho médico, isto significa adequar as tecnologias com que opera, ao objeto e ao produto elaborado. No caso do pediatra, a mudança do processo de trabalho começa com a mudança dos mecanismos de aplicação da seletividade que fazem parte da história dos serviços médico-sanitários.

No modelo anterior, "vertical permanente especializado", o pediatra trabalhava primordialmente com a Puericultura, mas pela própria racionalidade do serviço (talvez aqui se aplique bem o termo "razão social", utilizado pelos estabelecimentos comerciais) só eventualmente atuava sobre a doença manifesta. Os Postos de Puericultura, dentro da tradição sanitária, eram serviços de "promoção da saúde" e não de atendimento indiscriminado aos problemas de saúde colocados pelo usuário.

Com o Modelo Programação e todos os outros que têm a divisão técnica do trabalho formulada pela proposta da Medicina Comunitária, a

Puericultura passa a ser realizada por outros trabalhadores, ficando para o pediatra a responsabilidade de atuar sobre a doença. Simplificando, nos serviços médicos-sanitários o pediatra ou faz puericultura ou faz clínica pediátrica, significando esta divisão um primeiro recorte dado pela seletividade impressa na racionalidade do serviço. Em outras palavras, o pediatra, especialista médico que integraria em seu trabalho o processo saúde/doença como ocorre na criança e seus determinantes, vai ter negada, já na orientação e na organização do trabalho coletivo, a possibilidade de trabalhar de acordo com sua capacidade técnica.

Não se quer dizer com isto que, caso o pediatra fosse instado a trabalhar em outro modelo, em que a Puericultura e a Clínica Pediátrica estivessem integradas e sob sua atribuição exclusiva, ele o faria de acordo com o ideal de prática formulado para o seu trabalho. O que se quer apontar é que, já neste nível de abstração, em que se confronta um ideal de prática com um modelo tecno-assistencial, a prática idealizada já aparece recortada no interior do modelo, antes mesmo que outras ordens de determinação exerçam sua influência na conformação do trabalho concreto.

É então como segunda instância, na conformação do trabalho, que a normatividade "rebaixada" vai atuar sobre a prática pediátrica. Na visão do pediatra que trabalha nos Centros de Saúde, prevalece a noção de que, por relação à Puericultura, faltam as condições intelectuais, o conhecimento e as condições materiais de vida que permitam às mães "cumprir" as orientações¹⁷.

A Puericultura, na prática, é tomada como conjunto de regras, cientificamente balisadas que, se aplicadas, levariam à proteção da saúde da criança e a uma facilitação do seu desenvolvimento. Não há uma preocupação maior em captar a situação concreta de vida de cada criança, uma vez que todas são clientes do CS já pelas próprias condições de existência. Não há uma interação maior com cada mãe, que possa dar a ela novos elementos no entendimento do que afeta a saúde de seus filhos. Não se imagina que,

¹⁷ Vários autores colocam esta idéia, destacando-se NOVAES (1979), SUCUPIRA (1981), TANAKA (1982), MENDES GONÇALVES (1981).

independente do nível sócio-econômico e da escolaridade da mãe, haja uma leitura diferenciada dos princípios que fundamentam a Puericultura e a sua aplicação na prática cotidiana no cuidado das crianças, leitura essa distinta da do médico.

De acordo com a elaboração do trabalho médico como se procedeu até aqui, ocorre com a Puericultura o mesmo que com o atendimento médico à doença: o corpo doente "do doente" não é exatamente o corpo doente do "médico", aquele que ele concebe para o trabalho; na Puericultura, o corpo saudável da criança, concebido pela mãe, não é nunca o corpo saudável da criança concebido pelo médico. Se isto é verdade, e tendo em conta que a concepção de saúde/doença hegemônica, tanto no âmbito da medicina, como no âmbito da representação social (o que, como vimos, é uma consciência engendrada pela própria estruturação da Medicina como prática social) daí decorre que o corpo saudável da criança das classes subalternas será considerado "saudável" pelo médico somente por relação aos outros corpos das outras crianças nas mesmas condições de vida, isto é, relativamente saudável. Este é o fundamento da normatividade "rebaixada", na qual as crianças sobre as quais se aplica essa normatividade aparecerão como relativamente saudáveis, por um lado, ao mesmo tempo que relativamente doentes, por outro, se transpostas para outros padrões de normatividade aplicados às outras classes sociais.

Atuando como médico, sem explicitar ou mesmo refletir sobre a teoria do social que fundamenta sua prática, o médico não tem problemas em trabalhar de acordo com as "normas" dos serviços, mesmo que estas impliquem em "distinguir o roto do esfarrapado", constituindo formas de trabalho ou concedendo benefícios diferenciados para corpos biologicamente iguais. Ou por outra, a ética não chega a ser ferida, pois no contexto ideológico da prática hegemônica, atuar no serviço público (carente), atendendo à população (carente) e com baixos salários, assemelha-se muito, à prática da caridade ou da filantropia, estas valorizadas socialmente.

Isto não explica, entretanto, a sonegação regular da tecnologia médica, consubstanciada na clínica, na consulta médica individual, no âmbito dos serviços públicos. Como vimos, a Pediatria estabelece-se como especialidade médica exatamente por articular em uma única unidade de trabalho, (a consulta pediátrica) tecnologias referentes à higiene física e mental da criança com aquelas mais propriamente derivadas da clínica; essas tecnologias, no espaço da consulta pediátrica, são tecnologias não materiais, e sua não utilização tem o significado preciso de uma negação do acesso a tecnologias em geral, materiais e não-materiais, acompanhando sintomaticamente a diretriz da simplificação tecnológica dos projetos de Medicina Comunitária.

Dessa maneira, seja sob a concepção (ultrapassada neste momento) de simplificação tecnológica, seja pela nova roupagem discursiva da "adequação tecnológica", os distintos modelos tecno-assistenciais tem concebido os Centros de Saúde como serviços onde, planejadamente, estará presente determinada gama de tecnologias, mas não outras. E invariavelmente, dada a dinâmica de estruturação desses serviços no interior da sociedade de classes, as tecnologias ausentes são as consideradas mais caras e menos eficazes, buscando-se a adequação custo-benefício do planejamento tradicional. Ora, sendo o trabalhador médico o controlador da tecnologia mais cara entre aquelas utilizadas pelos trabalhadores do modelo, é evidente que no processo geral de rebaixamento tecnológico que preside a aplicação concreta do modelo, haja tolerância quanto à simplificação tecnológica da própria consulta médica.

Essa tolerância está firmemente ancorada na idéia da autonomia profissional do médico consultante, da qual compartilham os médicos dos CS e os coordenadores do serviço, como apontou MENDES GONÇALVES (1986). O ideal de autonomia pressupõe uma ampla liberdade de acesso do médico às tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico. Sendo essas tecnologias muito escassas para o médico que atua nos Centro de Saúde (o que não quer dizer que sejam insuficientes para a realização concreta do trabalho médico), opera-se uma inversão na relação consulta médica/tecnologias de apoio, inversão esta que, na

verdade, não se inscreve mais no ideal de prática, estando referida a outra formulação.

Se no ideal de prática médica, a representação aponta para o fato da clínica ser soberana sobre os exames subsidiários, isto quer dizer exatamente que as tecnologias de diagnóstico são secundárias à consulta, não sendo a sua falta impeditiva da boa prática médica. Concretamente, entretanto, com o desenvolvimento da medicina tecnológica, os “exames subsidiários” vêm, de fato, substituindo momentos do processo de trabalho médico, especialmente aquele realizado por clínicos gerais, no que se pode incluir o pediatra como já discutido em outro momento.

O ideal de autonomia recriado para o trabalho nos CS, vai produzir uma nova relação entre a consulta médica e as tecnologias de apoio, agora para dentro da consulta, que poderia ser descrita da seguinte maneira, na perspectiva do médico: ***“se não tenho à disposição a tecnologia que considero necessária para meu trabalho, e se isso se deve a uma característica própria do serviço, não há porque oferecer toda a minha tecnologia no âmbito deste serviço”***. Por outro lado, dada a interdependência na medicina tecnológica entre consulta, exames e medicamentos, podemos também supor uma outra idéia: ***“se não posso confirmar hipóteses diagnósticas através de exames complementares, ou tratar doenças pela falta de medicamentos, é desprovido de qualquer sentido prático tentar estabelecer essas hipóteses diagnósticas”***.

Na dinâmica de estruturação do trabalho médico no interior dos

concretamente operam sobre o trabalho coletivo e sua específica inserção social. A incorporação diferenciada de elementos da clínica não é uma característica exclusiva do trabalho médico como se dá nos Centros de Saúde, nos antigos Postos de Puericultura ou em qualquer outro serviço público de saúde.

Na verdade, à medida em que a prática médica vai sendo redefinida pela divisão técnica do trabalho, fica clara a necessidade de se conformarem modalidades de consulta médica adequadas aos distintos serviços. Assim é que, nos Pronto-Socorros, a consulta deve ser objetivada sobre o problema imediato e tendo por referência o risco de vida inerente àquele problema; as especialidades dirigem suas consultas para as questões que se relacionam com problemas afetos à especialidade; e assim por diante.

Não é de se estranhar, portanto, que a consulta pediátrica realizada nos CS, pelo menos no que tange a seu padrão genérico, ressalvadas as devidas exceções, encontre um padrão tecnológico adequado à finalidade e ao objeto institucional, mesmo que esse padrão não tenha sido formulado com detalhes, e mesmo que responda a determinações entendidas pelos médicos como "externas" à medicina. Com certeza, esse padrão foi ensaiado e aplicado nos Pronto-Atendimentos do INPS, tomando por base as consultas de Pronto-Socorro. Confirmada sua eficácia naquela modalidade assistencial, transfere-se para os serviços médico-sanitários, devendo-se ter em mente que a expansão da assistência médica, por essa via, vai absorver a mão de obra formada, muitas vezes, em faculdades que se utilizaram de serviços de Pronto-Atendimento como estágios ambulatoriais.

Não vamos, aqui, discutir a formação médica, mas já apontamos a relação entre expansão da assistência médica e expansão do número de faculdades, assim como dos serviços públicos, conveniados e contratados, como principais empregadores dessa mão de obra a partir de meados da década de 70, o que ocorre em um "timing" totalmente compatível com a ascensão do Pronto-Atendimento como padrão assistencial da rede de CS.

A discussão centrada no Modelo Programação não esgota, evidentemente, as diferentes possibilidades de abordagem da inserção da prática pediátrica nas unidades médico-sanitárias. Existem diferenças importantes entre os projetos, desde o PIASS, as unidades sob o comando da Fundação SESP, as distintas experiências estaduais e municipais, mas no Estado de São Paulo o Modelo Programação constituiu-se, de fato, em referencial para os outros modelos, uma vez que abrangeu praticamente a totalidade dos municípios paulistas. Além disso, foi uma experiência que acumulou informações importantes, e que também foi bastante estudada por diversos autores, que utilizamos para este estudo.

SUCUPIRA (1981), estudando a relação médico-paciente nas instituições de saúde, aponta para a existência de uma hierarquia na oferta e consumo de serviços e de produtos. Assim, as mães que podem dispor da Medicina de Grupo, têm também acesso aos CS para a vacinação e recebimento de leite, ao INPS para urgências, e ao ambulatório da Medicina de Grupo para consultas de Puericultura ou de seguimento e investigação de algumas patologias. Dispõem desse modo de ampla gama de serviços, os quais procuram com objetivos específicos. As mães previdenciárias já tem reduzida essa gama de serviços, mas sabem o quê e como conseguir nos serviços previdenciários e nos CS. Já as mães que não têm direito ao INPS e à Medicina de Grupo, viram-se como podem no Centros de Saúde. Trata-se de uma seleção de clientela fundada no direito previdenciário, vinculado ao desconto em folha ou pagamento voluntário. Nesse momento, 1980, a universalização do acesso ocorre apenas nos CS e nos P.A. da previdência.

Posteriormente, com o advento das Ações Integradas de Saúde, o SUDS e o SUS, os serviços previdenciários próprios, conveniados e contratados terão progressivamente o acesso ampliado, independente de vínculo empregatício ou pagamento, e a seletividade obedecerá ao que MENDES define como "universalização excludente", o que significa uma piora progressiva dos serviços prestados através do financiamento público, redundando na busca de

alternativas de assistência médica por parte dos segmentos de maior poder aquisitivo.

MENDES entende que **“... a expansão da universalização do sistema de saúde vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda de qualidade dos serviços públicos que, concomitantemente, vai expulsando do sistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado. Desse modo, o mandamento constitucional é reinterpretado na prática social não como um universalismo inclusivo - expressão de cidadania plena - mas como universalismo excludente que garante a incorporação ao sistema público de segmentos mais carentes, ou seja, aqueles que não têm como se antepor aos mecanismos de racionamento.**

É essa expulsão de camadas mais privilegiadas que garante a expansão, na década de 80, do subsistema de atenção médica supletiva”. (MENDES, 1994: 53)

Trabalhando com o conceito de neoliberalismo e aplicando-o à conformação da estrutura de assistência à saúde no Brasil, MENDES afirma que **“no campo das políticas sociais, as estratégias de estabilização ou de ajuste neoliberais assentam-se em três opções fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização. (...). No campo da saúde, a focalização aparece com clareza, (...), nas propostas de atenção primária seletiva em suas diferentes versões, especificamente na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco”** (MENDES, 1994: 51)

Além disso, **“... a pequena força política desses grupos populacionais, decorrente de sua desorganização, e a pouca sensibilidade social dos neoliberais com relação a eles fazem com que a política de focalização termine por transformar-se em neofilantropia”.** (op.cit.: 51)

Do ponto de vista que adotamos neste trabalho, apesar do acesso à consulta médica ter-se ampliado de fato com a ampliação da rede de unidades básicas de saúde, a partir do início da década de 80, o padrão de seletividade

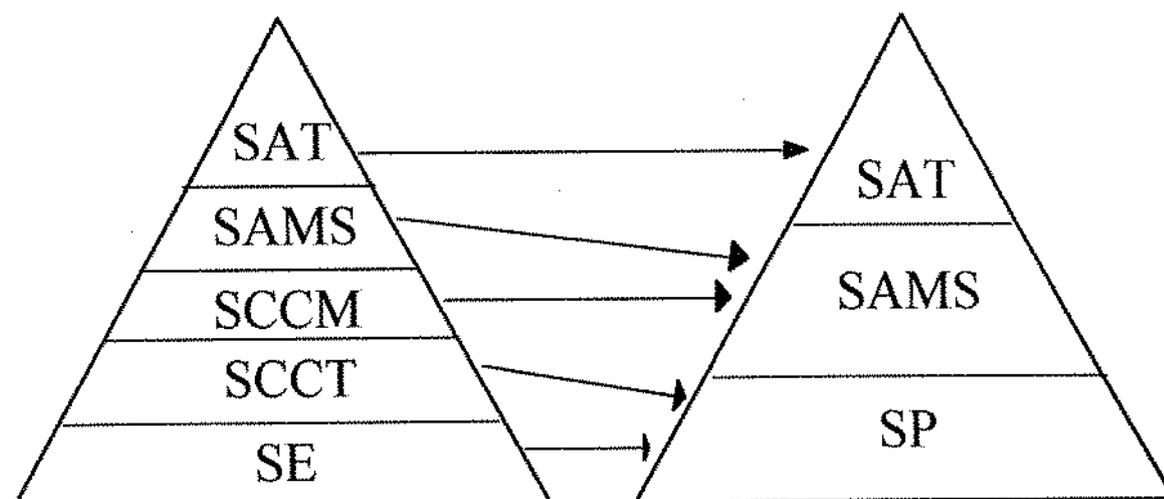
impresso aos serviços não se modifica substancialmente, de modo que a normatividade com que operam esses serviços mantém-se a mesma, impregnando todo e qualquer modelo tecno-assistencial que os oriente, ressalvadas novamente possíveis exceções que não cabem ser analisadas no âmbito deste trabalho.

Nesse sentido, mesmo a ampliação da disponibilidade tecnológica para o trabalho médico, que acompanha a busca de uma “maior resolutividade” dos serviços a partir das AIS, não chega a impactar a forma de trabalho do médico¹⁷.

O que vai ocorrer com a universalização do acesso à medicina previdenciária e a integração da rede de CS na tentativa de transformá-la na “porta de entrada” de um sistema unificado e hierarquizado de saúde, é um repasse da casuística dos P.A. conveniados para dentro dos CS, com uma retração enorme dos serviços privados e filantrópicos de Pronto-Atendimento e mesmo de atendimento às urgências.

MENDES correlaciona a universalização excludente a esse fenômeno: ***“À crescente importância relativa da mortalidade por causas externas (...) vem correspondendo uma diminuição do número de serviços de emergência, tanto públicos como privados, o que demonstra o descompasso entre a oferta de serviços e as necessidades da população. (...) os serviços privados filantrópicos e lucrativos, no período de 1977 e 1987, diminuem os serviços de emergência de 1.567 para 1.010...”*** (MENDES, 1994: 71). A universalização excludente, por ampliar a capitalização no sub-sistema privado de atenção médica supletiva, carrega para esse sub-sistema os serviços privados e filantrópicos mais modernos e de melhor qualidade, ao mesmo tempo em que empurra para o sub-sistema público os serviços menos qualificados. A pirâmide do Projeto Neoliberal fica então constituída da seguinte maneira:

¹⁷ Sobre a mudança da organização do trabalho no CS da SESP ver NEMES, 1993, op.cit.



SAT: Subsistema de alta tecnologia

SAMS: Subsistema privado de atenção médica-supletiva

SCCM: Subsistema privado contratado e conveniado moderno

SCCT: Subsistema privado contratado e conveniado tradicional

SE: Subsistema estatal

SP: Subsistema público

(MENDES, 1994: 58)

Os produtos oferecidos pelos Centros de Saúde vão cada vez mais se assemelhar ao de qualquer ambulatório de Pronto-Atendimento, com exceção das vacinas e do fornecimento de um espectro maior de medicamentos. Ao mesmo tempo, a Suplementação Alimentar, na forma de distribuição de leite em pó, vai sendo paulatinamente absorvida pelas instituições de promoção social. Ao deixar de ser distribuído nos Centros de Saúde, a Suplementação Alimentar vai demandar, ainda assim, a participação do médico na identificação dos desnutridos que terão o direito ao leite ou à cesta básica. Os Centros de Saúde vão absorvendo novos equipamentos (inalação, doppler) e medicamentos, mas mantém-se como instrumentos de seleção para políticas sociais focalizadas.

A lei que cria o SUS, (Lei Federal 8080 de 19/09/1990) aponta em seu artigo 35º a forma de cálculo do repasse de verbas para os municípios:

“Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio”. Isto significa um repasse em que a base populacional já definiria metade do total da verba, aumentando a autonomia do município em sua gestão. Entretanto, a “Norma Operacional Básica - SUS”, de janeiro de 1991, transforma essa diretriz em um pagamento calculado pelo número de procedimentos e sua complexidade, definindo para as unidades médico-sanitárias o mesmo critério de financiamento do sistema contratado e conveniado. Completa-se desse modo a transformação dos CS em serviços de Pronto-Atendimento médico.

Já na década de 90, trabalho realizado por, NUNES, JACOBI KARSCH e COHN, na periferia de São Paulo, aponta a falência do modelo Rede Básica = Porta de Entrada, revelando a capacidade do usuário dos serviços de saúde de construir sua própria estratégia de utilização dos diversos serviços: **“... é um dado da realidade que a população estrutura as suas estratégias de acesso aos serviços à partir da referência do seu cotidiano e na sua vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidade oferecidas (...) esses segmentos sociais montam uma “cesta básica” de serviços norteados pela percepção e pelo conhecimento por eles adquiridos. É essa cesta básica que configura o “grau de ajuste” da população, que, conhecendo o rodízio de obstáculos interpostos entre as suas necessidades e a disponibilidade problemática dos recursos dados, formula modos próprios de acessibilidade a partir da sua capacidade de enfrentamento das carências que perpassam o seu cotidiano. (...). O grau de ajuste entre o que é oferecido e o que é utilizado remete à dimensão do âmbito privado: a utilização registra a preferência pelo mais completo - o hospital, com recursos à mão - e rápido, e pelo mais íntimo: a relação médico-paciente”** (NUNES et alli, 1991: 93).

Reafirmando o padrão de seletividade reproduzido pelos serviços de saúde, esses autores concluem: **“A marca constante no setor é o da prática**

assistencialista e clientelista, onde os preceitos técnicos, ao invés de irem ao encontro da universalização dos direitos, acabam subordinados à lógica que transforma os desvalidos em carentes". (op.cit.: 160)

Por outro lado, deve-se ter em mente que a dinâmica social impõe suas demandas de forma incisiva, e nesse sentido o conjunto de serviços assistenciais têm de fato respondido à luta pela conquista da cidadania, pelo menos no que se refere ao acesso ao atendimento médico. Concordamos assim com BOLDSTEIN, quando entende que ***"pelo processo de extensão e conquista de direitos sociais, a saúde e os serviços médico-sanitários transformam-se em bens de consumo coletivo, inscrevendo-se no elenco de direitos da cidadania"*** (BOLDSTEIN, 1993: 19)

PARTE IV: A PEDIATRIA FALA E FAZ

1. Os Pediatras: Prática e Doutrina

Vimos considerando durante todo o desenvolvimento deste trabalho, que a Pediatria constituiu-se em especialidade médica a partir do momento em que conseguiu superar, perante os médicos em geral e as especialidades em particular, a possibilidade de ser meramente uma clínica de crianças. Esta consideração não é, entretanto, unânime entre os estudiosos da História da Pediatria. Angel BALLABRIGA, escrevendo sobre o desenvolvimento da Pediatria entre 1850 e 1950, considera o seu surgimento como vinculado à necessidade de proteção da criança. Entretanto, conclui: **“O rápido desenvolvimento da Pediatria durante o período em questão foi feito de novos conhecimentos das ciências básicas como fisiologia, fisiopatologia, bioquímica e as ciências da nutrição e da higiene, que implementaram nosso conhecimento sobre a criança sadia e a doente”** (BALLABRIGA, 1991: 17)

Aparentemente, BALLABRIGA está falando do conhecimento pediátrico, e não exatamente da prática pediátrica, o que concretamente a define como especialidade. Como isso não fica claro no texto, consideramos que seu entendimento acompanha a concepção hegemônica de que a especialidade se define pelo conhecimento científico e que a divisão técnica do trabalho representada pela especialidade refere-se exclusivamente ou primordialmente à aplicação do saber científico.

Livros-texto de Pediatria importantes continuam, no entanto, a afirmar uma doutrina pediátrica de conservação da criança. Por exemplo, a última edição do “Nelson Textbook of Pediatrics” (15ª edição, de 1996), tem como 1ª parte, “The Field of Pediatrics” e como 1º capítulo, “Overview of Pediatrics”. As primeiras palavras são: **“Pediatrics is concerned with the health of infants, children and adolescents, their growth and development, and their opportunity to achieve full potential as adults”** (BEHRMAN, 1996:

1), Ainda da 1ª Parte do livro, constam os seguintes capítulos: "Ethics in Pediatric Care" (capítulo 3); "Cultural Issues in Pediatric" (capítulo 4); "Preventive Pediatrics" (capítulo 5); "Child Health in the Developing World" (capítulo 6); "The Well child" (capítulo 7).

Outro livro recente, talvez o mais novo livro texto de Pediatria, "Principles and Practice of Pediatrics", editado por Frank R. Oski (2ª edição, 1994), apresenta no primeiro capítulo uma "História da Pediatria nos Estados Unidos". Ao final do capítulo, o autor, Howard A. PEARSON afirma: ***"Uma plethora de sociedades de sub-especialidades e de seus periódicos resultou na fragmentação da comunicação pediátrica. Mais desafortunado é o que parece ser uma ênfase crescente em sistemas orgânicos e doenças específicas, com a conseqüente negligência da totalidade da criança, da comunidade da criança e da família da criança. Talvez o grande desafio da Pediatria norte-americana hoje em dia seja decidir se a habilidade ("art"), a empatia e a consideração sobre a totalidade da criança que caracterizaram essa disciplina durante os últimos 150 anos podem ser preservadas à medida em que as tecnologias tornam-se mais complexas e o corpo de conhecimentos científicos se expande"***. (PEARSON, 1994: 5, tradução - RTM = Roberto Teixeira Mendes)

O capítulo 2, "The Field of Pediatrics", de Evan Charney, começa com as seguintes palavras: ***"Crianças são um terço de nossa população e a totalidade de nosso futuro. O campo da Pediatria refere-se à saúde das crianças, ou mais precisamente, às ameaças para a sua saúde, tanto aquelas que se manifestam na infância como aquelas que prejudicarão sua saúde no futuro. Pela razão de que hábitos e práticas estabelecidas na infância têm implicações para a saúde e a doença no correr da vida, os pediatras vieram a adotar uma forte orientação preventiva"***. (CHARNEY, 1994: 5) (Tradução RTM)

CHARNEY aponta, ainda nesse capítulo, a falta nos EUA de um sistema de saúde coordenado, ao qual toda a população pudesse ter acesso e

fosse financiado por todos. Essa falta de coordenação, segundo CHARNEY, leva a uma carência de serviços para as crianças pobres, e também a uma baixa cobertura vacinal para todas as crianças, de ao redor de 2/5 da população infantil. Ainda de acordo com CHARNEY, nos EUA um terço das consultas pediátricas são realizadas para a supervisão de saúde da criança, tomando metade do tempo total de trabalho dos pediatras, pois em geral essas consultas duram mais do que as consultas sobre patologias. Com relação ao bem estar das crianças e a diferenciação da Pediatria como especialidade, Charney considera: ***“A Pediatria é a única disciplina clínica a adotar uma postura de defesa por seus pacientes”***. (op cit: 11)

Nesse sentido, CHARNEY acredita que, entre os fatores que devem influenciar o futuro da Pediatria nos EUA, de acordo com um estudo da AMA e da AAP, estão: a relação entre a população infantil e o número de pediatras; a disposição dos segurados em geral de pagar serviços de aconselhamento e prevenção que caracterizam a prática primária dos pediatras; e as ações públicas com relação aos serviços de saúde para crianças. ***“Talvez o papel mais importante dos pediatras seja influenciar essas ações públicas”***. (CHARNEY, op cit: 11)

A literatura pediátrica brasileira segue o mesmo caminho: Pedro de Alcântara, na Primeira Parte do Texto de Pediatria Básica (MARCONDES, 1985), firma as “Bases do Pensamento Pediátrico”.

“O conhecimento da vulnerabilidade da criança e do caráter unitário de seus modos de reação, o reconhecimento da necessidade de investigar e interpretar globalmente seus problemas e de globalmente assisti-la como pessoa, em função de si mesma e de seu ambiente, com olhos no seu presente e no seu futuro, constituem as bases mais sólidas e as raízes mais nutrientes do pensamento pediátrico. Enquanto simples conhecimento, tem valor apenas informativo. À medida que forem condicionando a conduta do pediatra, irão tendo valor formativo. Esta formação deve-se iniciar tão cedo quanto possível e se firmar pela prática

constante, a fim de criar e fortalecer “hábitos de pensamento e de conduta” adequados àquela assistência.” (ALCÂNTARA, 1985: 6).

Alcântara formula também um conjunto de **“condutas assistenciais, impostas pelas peculiaridades da criança”**, a que denomina **“assistência global à criança”**, a ser feita **“sempre que possível e na medida em que for possível”**, devendo abranger:

- 1- os problemas orgânicos e psíquicos;
- 2- de modo preventivo e curativo
- 3- em sua totalidade e em suas mútuas dependências;
- 4- à luz;
 - a) da constituição da criança;
 - b) das condições econômicas, espirituais e de saúde da família e
 - c) das condições de ambiente físico;
- 5- de modo evolutivo, isto é, de acordo com as peculiaridades de cada fase de desenvolvimento e
- 6- Visando à criação de uma pessoa física e psiquicamente sadia e socialmente útil. (ALCÂNTARA, 1985.)

Eduardo MARCONDES, além de manter edição seguida de edição, as concepções de Pedro de Alcântara em seu livro texto, vai além no sentido de afirmar a doutrina pediátrica como parte integrante do trabalho do pediatra. Publicou um livro denominado exatamente **“Pediatria, Doutrina e Ação”**, e um outro **“Ecopediatria”**, em que busca operacionalizar para a prática pediátrica a concepção de ambiente que envolve a criança. No livro **“Pediatria em Consultório”**, MARCONDES elabora a seguinte reflexão sobre a prática pediátrica nos Centros de Saúde: **“... é o pediatra geral, profundamente envolvido na programação da saúde e na prevenção dos agravos, o profissional que mais assume a responsabilidade de assistir - como médico - um ser humano, sob todos os aspectos (...) e será desejável, então, que o pediatra, além de seu conhecimento médico-biológico, possua outras competências que invadem o campo da psicologia, da**

sociologia, da pedagogia, da antropologia e até das artes. (...). O atendimento "em superfície" não pode ser confundido com superficial, mas sim deve ser entendido como abrangente e holístico, somente possível através de profissionais competentes, possuidores de uma vocação verdadeiramente catequética. O atendimento primário (ou de 1ª linha ou então ações básicas de saúde) em Pediatria envolve muito o estudo da criança sadia, e isso pode traduzir-se por situações repetitivas, eventualmente monótonas: não importa, o Pediatra geral orgulha-se de sua nobre missão" (MARCONDES, 1985: 2)

Recentemente, MARTINS FILHO reinaugura a literatura pediátrica voltada para os pais. Em seu livro "Lidando com Crianças, Conversando com os Pais", o autor aponta como objetivo *"... fazer chegar aos pais e familiares de nossas crianças, o linguajar (discurso médico), ajudando-os a entender pontos fundamentais do crescimento e do desenvolvimento infantil e a lidar com as principais ocorrências que acometem os seres humanos, desde o nascimento até a adolescência"*, e coloca a seguinte pergunta: *"Poderíamos chamá-lo de Tratado de Pediatria e Puericultura para leigos?" (MARTINS FILHO, 1995: 11).*

Mais adiante, uma concepção talvez inovadora tentando superar a rigidez normativa que a caracteriza desde fins do século passado da Puericultura: *"... as dúvidas são mais ou menos constantes e variam em função da idade da criança, da situação profissional e sócio-econômica dos pais, do número de filhos na família (...). Na verdade, estamos respondendo a perguntas comumente endereçadas a pediatras e neonatologistas que atendem uma população heterogênea de pais e familiares, pertencentes a diversas classes sociais e com condições e posições sociais, ideológicas, políticas e econômicas bastante diferentes". (MARTINS FILHO, 1995: 12)*

Outros exemplos de outros livros podem ser dados, mas o que se quer demonstrar é uma persistência nos livros-texto do que para nós caracteriza

a Pediatria como especialidade: a doutrina da conservação das crianças, mesmo que não se fale mais em Puericultura. Na verdade, o esforço em manter a Pediatria como área de atuação ampla e voltada para as condições de vida da criança resulta historicamente numa ampliação do espaço social da prática, avançando para dentro das instituições que cuidam da criança, como a família, as creches, as escolas, assim como para dentro dos espaços de decisão sobre políticas de assistência à criança.

A articulação entre esses objetos mais amplos e a dimensão orgânica do corpo da criança é um problema enfrentado pelos pediatras desde que encontraram aí o caminho do seu reconhecimento como especialistas. Não obstante, várias tentativas foram feitas, no plano conceitual para operacionalizar a doutrina, como já apontado. Independentemente da maior ou menor eficácia dessas tentativas para a prática pediátrica, o fato é que os pediatras conseguiram, desde então, atuar decisivamente na constituição dos serviços de assistência à criança. Dado que tais tentativas não alcançaram uma formulação pronta e acabada, ou pelo menos estável, sobre a articulação dos aspectos sociais, psíquicos, culturais, familiares, emocionais e físicos da criança, a constituição dos serviços públicos de assistência à criança deve ser vinculada à aceitação social da doutrina que reveste a Pediatria, e da identificação mesma da Pediatria com as ações que visam proteger a criança. É esta doutrina que os pediatras buscam contemplar em seu trabalho.

Desse ponto de vista, a doutrina permite que os pediatras atuem, mesmo que não se chegue nunca a compor, pela via da articulação conceitual e teórica, um campo disciplinar específico. Por outro lado, o pediatra é representado socialmente como um médico que entende não só de doenças de crianças, mas também daqueles aspectos que definem a integralidade do ser criança, sobre os quais estudou e teve formação acadêmica, o que vai além do simples "bom senso" do médico. Ora, isso não é necessariamente verdadeiro, e podemos até pensar que não o seja de fato para a maioria dos pediatras.

Ocorre que, ao avançar sobre esses aspectos da realidade de vida da criança, a Pediatria fornece aos pediatras pelo menos um instrumental doutrinário para que eles se constituem nos especialistas médicos sobre todas as questões que envolvem a saúde das crianças. Especificamente no Brasil, permitiu que os pediatras assumissem, durante todo o período que vai do fim do Império até 1967, a formulação das políticas de saúde dirigidas à criança, em um movimento que implica a criação das bases materiais para a prática, assim como na constituição da Pediatria como especialidade e sua divulgação para o conjunto da sociedade.

Esse movimento, que começa com Moncorvo de Figueiredo e continua com seus discípulos, vai conservar algumas correntes em torno das quais circularão conceitos, propostas e indivíduos portadores dessas propostas, sujeitos históricos da institucionalização da Pediatria no âmbito dos serviços de saúde. A primeira corrente é aquela que privilegia a criação de serviços filantrópicos de assistência à criança, e que posteriormente fornecerá os fundamentos e o modelo organizacional dos Postos de Puericultura públicos. Do ponto de vista de vinculação às diferentes escolas de Pediatria, está afeta à chamada "escola francesa".

A segunda corrente vai ser constituída pela chamada "escola alemã", voltada inicialmente para a aplicação dos conhecimentos de nutrição, metabologia e fisiologia desenvolvidos pelos cientistas-pediatras alemães, responsável pelo desenvolvimento da prática pediátrica na base clínica e ambulatorial especializada, e por uma maior vinculação com os hospitais.

Uma terceira corrente pode ser estabelecida por referência a essas duas, embora não se possa vinculá-la exatamente a uma "escola" como as duas outras. Entretanto, que, se estudada mais detidamente, o que não é o objetivo deste trabalho, pode se constituir ao final em uma escola genuinamente brasileira de pediatria, dada a sua concepção original de Pediatria e a crítica ferrenha contra o modo de instalação dos serviços públicos de assistência à criança. Trata-se da "escola" fundada por Pedro de Alcântara, que merece, do

meu ponto de vista, um trabalho específico de estudo, que releve sua tentativa de formular, em um único referencial, as diversas dimensões da criança e sua operacionalização para a prática pediátrica.

A principal crítica que Pedro de Alcântara formula à política de instalação de Postos de Puericultura, refere-se às modalidades de financiamento possíveis para esses serviços. Essa crítica pode ser recuperada em seu trabalho "Mortalidade Infantil: Causas e Remédios de Ordem Sanitária", publicado com outro nome em 1935, reeditado em 1940 e, mais tarde no livro "Ecopediatria", de Eduardo MARCONDES (1981), e, recentemente, no livro "História da Pediatria Brasileira", de AGUIAR e MARTINS (1996). Pode-se ler aí, a título de conclusão do texto, o seguinte: ***"Os serviços oficiais de assistência individual e direta parecem mais indicados para os países ricos, em que há uma maioria rica e uma minoria pobre, de modo que os recursos para sua manutenção, os impostos, recaindo sobre toda a população, recaem em sua maioria sobre a parte não necessitada de assistência oficial. Nunca se avalie a situação da infância pela extensão e pelo aparato dos esforços diretos feitos em seu favor. Esse é um critério falso, pois o sistema assistencial direto, quer oficial, quer filantrópico, pode, como vimos, trazer em seu bojo o germen de sua própria ineficiência"***. (ALCÂNTARA: , 1996: 47)

O que se procurará demonstrar, com base em depoimentos e artigos nos quais os notáveis da Pediatria brasileira falam sobre o desenvolvimento da especialidade, é que, articulando os conhecimentos trazidos do exterior, inicialmente da Europa e depois dos EUA, com a prática em serviços públicos e filantrópicos e com um esquema de formação especializada com base nesses serviços, os pediatras logram seu intento de estruturar a prática como necessária, ao mesmo tempo em que controlam seu desenvolvimento.

Retomando o que já se descreveu anteriormente sobre a estruturação da prática pediátrica nos serviços de saúde, é necessário

aprofundar a análise da participação dos pediatras na conformação dos serviços de assistência à criança, desde o começo do século, quando Moncorvo Filho funda seu Instituto de Proteção e Assistência à Infância, de base filantrópica. Nesse momento, domina a "escola francesa", a única presente e cultivada pelos discípulos de Moncorvo Pai. Entre eles: Clemente Ferreira, que assume o Serviço de Inspeção de Amas de Leite, criado por Emílio Ribas em São Paulo, em 1905; Fernandes Figueira, fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria e primeiro dirigente da Inspetoria de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde; Olinto Oliveira, que assume a chefia da Inspetoria após a saída de Figueira, assim como a presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Há, por essa via da "escola francesa" e de seus adeptos, uma relação interna entre o estabelecimento de Institutos similares ao de Moncorvo Filho em várias cidades (nove, em 1913), a criação de seções ou inspetorias nos órgãos de saúde pública, que inclusive adotam a mesma denominação, (São Paulo, Minas, Bahia, Pernambuco) e as relações da Sociedade Brasileira de Pediatria com instâncias do poder, na figura de Fernandes Figueira. Em depoimento escrito para a coletânea "História da Pediatria Brasileira", Eugênio da Silva CARMO fala sobre Fernandes Figueira:

"Durante a administração Oswaldo Cruz, entrou para a Saúde Pública, indo dirigir a enfermaria de doenças infecciosas de crianças no Hospital São Sebastião (...) Em 1909, assumiu a direção da Policlínica de Crianças (...) fez daquela instituição uma escola de Pediatria, onde os estudantes de medicina iam fazer aprendizagem de clínica infantil (...) Depois de quatorze anos, deixou a querida Policlínica Infantil, quando aceitou a chefia de Inspetoria de Higiene Infantil, do Departamento Nacional de Saúde, em 1921, por convite de Carlos Chagas(...) implantando organização modelar de assistência à infância, com a fundação de Postos de Higiene Infantil, de creches distritais e conseguindo dos industriais a fundação de creches nas fábricas. (...)

Culminou sua ação com a instalação do Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, hoje Instituto Fernandes Figueira". (CARMO, 1996: 353)

A notoriedade de Fernandes Figueira, além de facilitar a criação de serviços públicos de assistência à criança, permitiu que a Pediatria se desenvolvesse como especialidade à sombra da academia. Como comenta Walter TELLES, até meados da década de 20, ***"...ao menos nos grandes centros, os raros pediatras como que permaneciam distanciados das cátedras, muitas vezes ocupadas, sucessivamente, por substitutos oriundos de outras disciplinas (...)*** Esse florescimento da ***Pediatria à margem das cátedras explicará, talvez, por que a Sociedade Brasileira de Pediatria houvesse conservado Fernandes Figueira na presidência, desde a fundação até sua morte, em 1927, com as sucessivas diretorias constituídas por elementos seus***" (TELLES, 1996: 150). Por "elementos seus", entenda-se "escola francesa".

Significativamente, a Pediatria brasileira conseguiu primeiro demonstrar-se socialmente necessária, para posteriormente impor-se no interior da academia. Seguiu, nesse aspecto, a trajetória da Pediatria em outros países. Fernandes Figueira foi substituído por Olinto Oliveira, na Inspetoria de Higiene Infantil, em 1923, e na Sociedade Brasileira de Pediatria, em 1928 após sua morte. Olinto Oliveira, depois de fazer sua formação pediátrica com Moncorvo Figueiredo, voltou ao Rio Grande do Sul, onde assumiu a cadeira de Clínica Pediátrica, recém criada na Faculdade de Porto Alegre. Retornou ao Rio de Janeiro, onde assumiu a chefia da Inspetoria de Higiene Infantil, fazendo gestões no sentido de elevá-la como órgão autônomo no interior do DNS, o que consegue em 1934, na forma de Diretoria de Proteção e Assistência à Infância.

Nesse momento, existe uma ampla articulação entre os pediatras-puericultores, envolvidos com a instalação dos serviços de higiene infantil, e os sanitaristas da S.B.H. (Sociedade Brasileira de Higiene), como já apontava a indicação de Fernandes Figueira por Carlos Chagas para a Inspetoria de Higiene Infantil. Em 1933, Olinto Oliveira convoca a Conferência Nacional de

Proteção e Assistência à Infância, congregando a “nata” dos pediatras e dos sanitaristas: **“todos os sanitaristas brasileiros e os primeiros pediatras participam dessa conferência, na qual sugestões importantes foram feitas ao Governo”** (ROCHA, 1996: 163). Em 1940, com a elevação do Departamento Nacional de Saúde ao nível de ministério (Ministério da Saúde), instala-se o Departamento Nacional da Criança, reivindicação antiga dos pediatras, sob o comando de Olinto Oliveira, que permanece no cargo até 1945.

Portanto, de 1921, quando é criada a Inspetoria de Higiene, até 1945, já Departamento Nacional da Criança, apenas 2 pediatras conduziram os destinos da área de saúde da criança no âmbito federal. Isto se reproduziu, talvez sem a mesma monotonia de nomes, no âmbito estadual, inclusive por estarem as áreas de saúde pública vinculadas, formalmente, ao nível federal, no que tange às diretrizes gerais dos serviços e ao financiamento. A expansão de Postos de Puericultura se dá nos moldes propostos por esses pediatras, configurando, como vimos, mais uma estrutura verticalizada no interior da estrutura médico-sanitária.

Note-se que, sucedendo a Olinto Oliveira no DNC, vem logo em 1947 Martagão Gesteira, que já havia instalado em Salvador, em 1923, a Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil, serviço inspirado nos moldes propostos por Fernandes Figueira. Tempos depois, Getúlio Vargas convida Gesteira a ir ao Rio de Janeiro, onde chega para assumir, já em 1937, a recém-criada cadeira de Puericultura e Clínica da 1ª Infância da Faculdade de Medicina. Em 1938, é eleito presidente da SB. Em 1947, assume o DNC, onde permanece até 1954. A fase mais ativa do DNC, na criação de Postos de Puericultura, campanhas de divulgação, instalação de maternidades e serviços de pré-natal, organização de Jornadas, formação de médicos-pediatras, situa-se exatamente na década de 40, acompanhando o desenvolvimento das políticas sociais compensatórias, iniciadas por Vargas.

A relação da SBP com o DNC é íntima, e propicia a influência da Sociedade na definição das políticas. O DNC também promove grande parte de

suas atividades em conjunto com a LBA (Legião Brasileira de Assistência), mantendo a via filantrópica da assistência à criança sob seu comando: **“Em 1945, a LBA, terminada sua missão na guerra, transformou-se em órgão de Assistência à Maternidade e à Infância, instalando nesta cidade (Niterói-RTM) vários Postos de Puericultura e difundindo-se pelo interior do estado...”** (LEMGRUBER, 1996: 299) 1996: 299). A 1ª Jornada Brasileira de Pediatria e Puericultura, em 1947, é organizada pela SBP, pelo DNC e pela LBA., sob a presidência de Martagão Gesteira. As Jornadas prosseguiram, praticamente anuais, até 1967.

Nesse ano, a convivência produtiva da Pediatria brasileira com a estrutura médico-sanitária, consubstanciada na direção do DNC por pediatras vinculados à SBP, verdadeiras lideranças no seio da especialidade, sofre uma ruptura. Como vimos, 1967 marca o início de uma nova fase na Política Nacional de Saúde, representada pela unificação da previdência (1966) e pelo plano Leonel Miranda, que significaria a privatização quase total dos serviços públicos de saúde. Encontrava-se na chefia do DNC o famoso pediatra Rinaldo De LAMARE, que escreve sobre o episódio: **“No governo Costa e Silva era Ministro da Saúde o médico e empresário Leonel Miranda, que desejava privatizar os serviços do Ministério, em benefício próprio, pois tinha vultosos contratos com o INAMPS para tratamento de doentes mentais, em clínicas de sua propriedade (...) Houve forte oposição dos Diretores do Instituto Nacional do Câncer e do Departamento Nacional da Criança. O ministro fez uma reforma no Ministério e extinguiu ambos. (...) Posteriormente, em nova reforma, o antigo DNC foi reduzido a uma simples Divisão Materno Infantil”** (DE LAMARE, 1996: 305)

Ainda de acordo com DE LAMARE, o DNC era um órgão influente, **“... com representações de Diretoria em todos os estados do Brasil, com grande disseminação de Postos de Puericultura, difundindo ensinamentos, assistência médica, imunização e distribuição de leite”** (op cit: 306)

Para os pediatras que escrevem seus depoimentos no livro citado, como Álvaro AGUIAR, **“... os Serviços que se dedicavam aos problemas da infância no país se fragmentaram, perderam totalmente o prestígio (...) e se tornaram autênticos subprodutos da Saúde Pública. Lamentável...”** (AGUIAR, 1996: 155)

Nota-se uma certa nostalgia, referente a um momento em que, mesmo no interior da Saúde Pública, quem falava sobre a criança era o pediatra. Jaime F. de VASCONCELOS refere-se a isso: **“Outro fato a assinalar é a curva ascendente e depois descendente dos serviços específicos de proteção materno-infantil nos órgãos públicos de saúde. A curva ascendente ocorreu nos anos 40 (...) A curva descendente, se não me engano, transcorreu na década de 70, quando aqueles serviços foram absorvidos pelos serviços gerais de saúde pública”** (VASCONCELOS, 1996: 301)

Também Jairo Rodrigues VALLE identifica a época como importante para a constituição da Pediatria nacional: **“Foi a partir da década de 40 que a Pediatria começou a se afirmar no Brasil, sobretudo com o advento do DNC e a criação de seus Postos de Puericultura, bem como a realização de cursos de Puericultura e Administração para pediatras que deveriam trabalhar nesses centros.”** (VALLE, 1996: 391). Falando sobre a necessidade de instituição do Título de Especialista, Valle informa que desde a década de 50, vários pediatras idealistas buscavam uma maneira de instituir o título através da Sociedade Brasileira de Pediatria. O amadurecimento da especialidade, para o Estado, a sociedade e a academia já era palpável: **“Na primeira metade do século, a Pediatria ainda não existia na preferência da população, - apesar da existência da disciplina como especialidade nas Escolas de Medicina - pois as crianças eram tratadas, na sua maioria pelo clínico geral. (...) Aquele grupo pioneiro de pediatras (...) resolveu tomar a si esta iniciativa de arrebanhar seletivamente os pediatras qualificados. (...) E isto se deu precisamente a partir de 1966 (...). Este título não deveria**

ter nenhuma conotação governamental, especialmente nada a ver com as Faculdades de Medicina e muito menos nada a ver com o Ministério da Educação” (VALLE, 1996: 392).

A Pediatria adquire finalmente o *status* de especialidade, e os pediatras e suas instituições podem finalmente resguardar uma certa autonomia perante as outras especialidades, a academia e o Estado. Mas ao conquistar essa autonomia, no mesmo momento tem seus canais de influência sobre os serviços de Puericultura públicos vedados pelo Estado. Isto vai implicar em um distanciamento progressivo das Sociedades de Pediatria com relação aos projetos assistenciais públicos, ao mesmo tempo em que no interior das sociedades vão surgindo os comitês de especialidades.

Como definir quem era de fato especialista, no primeiro momento de concessão do título? A solução aponta para a importância representada pelos serviços públicos e filantrópicos de assistência à criança na estruturação da especialidade: **“Entre os requisitos começamos por admitir o óbvio: o médico que vinha exercendo “exclusivamente” a Pediatria por mais de 5 anos, forçosamente era um pediatra”** (VALLE, op cit: 393)

Curiosamente, após a ruptura da SBP com o Ministério da Saúde em 1967 e a decisão de instituir o Título de Especialista, efetivada no mesmo ano, a Jornada de Puericultura e Pediatria, realizada quase ininterruptamente por 20 anos, até julho de 1967, transforma-se em Congresso Brasileiro de Pediatria, o primeiro ocorrendo em outubro de 1969. A Puericultura deixa de ser nome de congresso.

A ruptura com o Ministério persistiu até a gestão de 82/83, presidida por Azor José de Lima. De acordo com Álvaro AGUIAR, teria sido essa reaproximação um dos destaques desta gestão: **“Reaproximação com o Ministério da Saúde, relacionamento que se deteriorara gradativamente, conseguindo que nada seja resolvido pelos técnicos do Ministério, no que diz respeito à infância, sem a colaboração e audiência dos pediatras designados pela Sociedade Brasileira de Pediatria”** (AGUIAR, op cit: 160).

A inserção da Pediatria como especialidade médica nos serviços de saúde, ou a conformação da demanda pediátrica pela oferta sistemática da especialidade para a clientela em potencial, não ocorreu apenas pela via dos serviços de Puericultura e de assistência materno-infantil da estrutura médico-sanitária. Como atestam alguns depoimentos, os pediatras, mesmo não dominando, no interior da medicina previdenciária, os mecanismos de controle e oferta da prática têm, no atendimento médico financiado pelas CAP e depois também pelos IAP, espaços importantes de desenvolvimento da especialidade.

Olavo Lustosa, escrevendo sobre a história da Pediatria em Minas Gerais, afirma que **“...a partir de 1940 a assistência direta à saúde da criança toma maiores dimensões, com a criação dos IAP...”** (LUSTOSA, 1996: 259). Também Jaime F. de VASCONCELOS relewa o advento da medicina previdenciária: **“Acontecimento relevante na nossa pediatria, ocorrido na década de 30, foi a criação, pelo Governo, da Previdência Social, cujo setor de saúde transformou significativamente a vida dos médicos, inclusive dos pediatras”** (VASCONCELOS, 1996 : 301).

Com as transformações ocorridas na estrutura de serviços de saúde, previdenciários ou médico-sanitários, nas décadas de 70-80, conforme apontado anteriormente, e com o afastamento dos pediatras da função de formuladores privilegiados do modelo assistencial no âmbito da assistência à criança nesses serviços, a orientação da prática pediátrica vai ser dada primordialmente pela dinâmica mais geral da conformação da Política Nacional de Saúde. Essa dinâmica implicará na transformação do trabalho do pediatra no interior dos Centros de Saúde, já no âmbito da formulação do processo de trabalho coletivo, perdendo a atribuição de controle e promoção da saúde, e assumindo o perfil de pronto atendimento às intercorrências agudas.

Na medida em que o trabalho resultante limita demasiadamente o objeto e o espectro de suas atribuições no processo coletivo de trabalho, fica a questão: como os pediatras percebem e reagem a esses tensionamentos? Em algumas entrevistas, parece-me que os pediatras sentem a mudança como

indesejável; entretanto, não se pode afirmar com segurança este fato, pois se trata de uma percepção inicial, que merece ser aprofundada em outros estudos específicos.

2. Trabalho e Doutrina no Cotidiano do Pediatra

A realização de entrevistas com pediatras da Rede Básica de Saúde de Campinas tem como objetivo, neste estudo, tentar captar qual o sentido que imprimem ao seu trabalho, quais os referenciais que utilizam, quais os instrumentos de que lançam mão e quais as dificuldades que se interpõem entre suas intenções e suas práticas.

Em outras palavras, trata-se de identificar o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho, no interior de um processo que, como vimos, costuma ser idealizado em projetos e programas, mas que concretamente dependem da leitura que o pediatra faz das diretrizes oficiais dos projetos e da relação que estabelece entre essas diretrizes e a finalidade que já tem concebida como finalidade genérica do seu trabalho (do pediatra como médico especializado em crianças). Além disso, importa saber em que medida cada um tem um projeto de trabalho próprio, que o identifique como sujeito histórico da dinâmica de estruturação das práticas em que estão envolvidos.

A análise das entrevistas não permitiu estabelecer um padrão hegemônico de prática pediátrica nos Centros de Saúde de Campinas. Ao contrário, o que ficou evidente foi a diversidade de práticas e de possibilidades de trabalho, diversidade essa que quase nunca é tomada, no âmbito do

planejamento, da gestão e da organização dos serviços de saúde, em sua dimensão criativa e afirmadora dos sujeitos das práticas.

Curiosamente, essa foi a maior surpresa que tive durante toda a elaboração deste trabalho. As entrevistas, pensadas inicialmente como instrumentos de comprovação de uma dada relação dos pediatras com seu trabalho, que eu supunha fosse de distanciamento e de alienação, mostraram que, embora haja de fato um distanciamento com relação às diretrizes e à organização do serviço, e por consequência uma alienação, referente à sua inserção no controle do contexto do processo de trabalho do Centro de Saúde. O mesmo não se dá por referência à clientela e às necessidades de saúde nela identificada.

O método de entrevista

As entrevistas foram elaboradas de modo que os pediatras pudessem colocar sua visão do trabalho, e constituíram-se de perguntas que iam sendo feitas em uma mesma sequência, permitindo a elaboração do raciocínio e das respostas, sem tempo definido. Algumas intervenções foram feitas para esclarecer aspectos não muito nítidos, para um aprofundamento maior de outros, ou para que se retornasse a linha de desenvolvimento da resposta, caso o entrevistado começasse a derivar o raciocínio para tópicos secundários ao objeto da pergunta. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas integralmente para que pudessem ser analisadas.

O processo de seleção dos pediatras que foram entrevistados obedeceu às seguintes etapas:

- 1- Levantamento do número de pediatras da Rede;
- 2- identificação do tempo de trabalho na rede;
- 3- identificação do regime de trabalho de cada pediatra (20 horas, 30 horas ou 40 horas)
- 4- identificação de especialização formal: Residência em Pediatria ou Título de Especialista.

O número de pediatras trabalhando nos Centros de Saúde de Campinas, em julho de 1994, época em que foram realizadas as entrevistas, era 103. Desses, 78 trabalhavam 20 horas semanais, 11 trabalhavam 40 horas semanais e 7 trabalhavam 30 horas semanais. 10 pediatras eram contratados para plantões de 12 horas semanais em Centros de Saúde que mantinham Pronto Atendimento noturno.

Foi possível identificar a idade de 94 pediatras, que variou de 24 a 60 anos (com mediana de 34 e moda de 32 anos).

O tempo de trabalho na rede variou de menos de 1 ano (28 pediatras) a 20 anos (1 pediatra). Para efeito da seleção, e dado o objetivo da entrevista, considerou-se que seria importante privilegiar, de alguma forma, a experiência do trabalho na rede, de modo que tanto uma perspectiva histórica aflorasse em alguns depoimentos, como o conjunto da análise não fosse influenciado demasiadamente pela alta rotatividade dos profissionais, fato que por si só já revela o status ocupado pelo trabalho no Centro de Saúde na hierarquia da divisão social do trabalho médico.

Separaram-se os pediatras formando o tempo de trabalho na rede em três grupos: um grupo composto por pediatras que trabalhavam há mais de 10 anos, com 9 pediatras; um grupo composto por pediatras trabalhando há menos de 10 anos, mas há mais de 3 anos, com 36 pediatras; e o grupo que estava na rede há menos de 3 anos, com 54 pediatras. Há desde logo que se pensar na dificuldade em se recolocar, a cada 3 anos, as diretrizes do serviço para metade dos pediatras.

A especialização formal em Pediatria, por Residência Médica ou pela conquista do Título de Especialista, foi identificada em 31 pediatras dos 103, e a não especialização em 13. Este é um dado que não consta regularmente do cadastro funcional da Secretaria, de modo que não foi possível ser feita uma estimativa mais precisa da especialização formal.

Procurou-se contemplar uma divisão equilibrada entre pediatras com Residência Médica e sem Residência Médica. Além disto, buscou-se diversificar os Centros de Saúde, de modo a abranger as diversas situações sócio-econômicas da clientela. A rede de CS de Campinas, composta basicamente por serviços instalados em bairros da periferia entre 1977 e 1981, teve paulatinamente modificada sua clientela original, pelo desenvolvimento dos bairros em que se situavam.

A partir de 1984, com as Ações Integradas de Saúde, há uma unificação dessa rede, com os 4 Centros de Saúde estaduais, além de outros 4 da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, conformando uma rede de 34 Centros de Saúde.

Para não prejudicar a análise das entrevistas introduzindo diferentes culturas institucionais na percepção pelo pediatra das diretrizes do serviço, optamos por trabalhar com Centros de Saúde originariamente municipais, mesmo tendo em conta que a integração da rede ocorreu 11 anos antes das entrevistas, tempo em tese suficiente para a homogeneização institucional.

Foram selecionados para entrevista 10 pediatras, divididos da seguinte maneira: 2 pediatras com mais de 10 anos de trabalho na rede; 2 pediatras com 7 anos na rede; 2 com 5 anos; 2 com 3 anos; e 2 com menos de 1 ano.

As entrevistas só puderam ser feitas com 7 dos inicialmente selecionados, sendo que os 2 pediatras com 3 anos e 1 com 5 anos de rede pediram demissão na época em que se procurava entrevistá-los. Foi incluído então um outro pediatra, que estava já há 8 anos na rede, por necessidade de

elucidar um processo de trabalho organizado em um dos Centros de Saúde, uma tentativa de diversificar as atividades de assistência à criança por iniciativa dos próprios pediatras.

A relação homens/mulheres pediatras da rede, na época da entrevista, era de 1 homem para 4 mulheres, o que não foge muito do padrão de distribuição esperado ao se cruzarem duas características implícitas nesses trabalhadores: são pediatras (especialidade eminentemente feminina hoje em dia), trabalhando na rede de Centros de Saúde (onde a presença de médicas é maior do que a de médicos). Para tentar contemplar também os diferentes regimes de trabalho (40 horas, 30 horas e 20 horas, havendo apenas 2 homens em 40 horas e nenhum em 30 horas), ficamos com 7 pediatras mulheres, sendo uma em 40 horas, e 1 pediatra homem, trabalhando no regime de 20 horas semanais.

Os pediatras estão identificados no texto por números, aparecendo sempre após as transcrições dos trechos das entrevistas, em uma mesma sequência. Os pediatras números 5 e 6 são os que trabalham em um mesmo Centro de Saúde.

Nas entrevistas, buscamos recuperar aqueles elementos com os quais analisamos o trabalho médico e por meio dos quais o inserimos em uma determinada estrutura assistencial. Interessava-nos identificar de que maneira os pediatras apreendem seu objeto de trabalho, a partir de necessidades expressas pela demanda da clientela ou por outra via, como levantamentos epidemiológicos. Uma vez que a identificação de necessidades e sua transformação em objeto de trabalho para o médico já se faz por meio de instrumentos de trabalho (instrumentos de apreensão do objeto), que articulam o objeto às finalidades na elaboração do processo de trabalho, essa primeira aproximação proporciona uma visão mais geral do processo, tanto aquele que se desenrola concretamente no cotidiano do CS, como aquele que serve de ideal de prática ao pediatra.

As Necessidades

A primeira pergunta feita a todos os pediatras foi: o que o Centro de Saúde faz com relação às necessidades de saúde da criança? As respostas já apontam para uma percepção de necessidades não contempladas e para uma insuficiência da ação dos CS; apontam também para uma idealização do trabalho do pediatra nos CS:

“O que é feito? Aqui a gente faz Pronto Atendimento e infelizmente ainda funciona mal, a gente implantou agendamento aqui não faz nem 1 ano então a puericultura está tentando tomar forma ainda...” (1)

“Na parte da criança, a gente faz o atendimento de Programa, a puericultura, e é aí que tá né, antigamente eu acho que isso era mais bem estruturado... tinha um esquema que era passado da Secretaria... depois, com as mudanças de governo e secretário, tudo o mais, parece que pulverizou... não tem nenhuma orientação a nível da Secretaria de Saúde de como fazer ou não fazer, a gente faz por vontade de fazer...” (2)

“Aqui nós temos muito pouco, né, basicamente a gente tem um programa de puericultura muito rudimentar...” (3)

“Eu acho que é muito pouco, né? Aliás, eles fazem quase nada porque preventivamente nós fazemos só as imunizações a população é muito pobre e não tem condição pra comprar remédio ... muito mal esclarecida ela não entende que você precisa fazer um trabalho preventivo...” (4)

“A gente tem ações programáticas, que a gente chamava de Programa mas agora chama de ações programáticas e a gente divide mais ou menos naquele molde antigo...” (5)

“O que a gente faz em termos concretos é pouco, a gente já teve muitos projetos, já começou a fazer muitas coisas e parou... a gente tem o esquema de Pronto Atendimento que todos tem, a parte curativa... (...).

A gente tá sempre tentando mudar, eu até hoje não consegui fazer um programa de criança do jeito que eu imagino..." (6)

"Tem puericultura, mas depende da enfermeira... (...). As mães procuram pouco, muitas trabalham fora de casa..." (7)

"Tem consultas eventuais, agendadas e de puericultura... tem visita à creche..." (8)

O que não é feito.

Curiosamente, os pediatras entrevistados, ao serem perguntados sobre o que é que o serviço faz com relação às necessidades de saúde da criança começam respondendo pelo que ele não faz, e todos se reportam à puericultura. Isto pode estar relacionado à tentativa do entrevistado de se defender logo de início quanto à uma possível cobrança de postura por parte do entrevistador. Considerando que de fato as respostas estejam impregnadas por essa sensação de cobrança, as tentativas de organizar o serviço de modo a contemplar outras demandas, além da consulta médica de patologia, parecem responder a outras motivações:

"Quando eu cheguei aqui não tinha agendamento, faz 3 ou 4 anos... A resistência primeiro era da coordenação (do CS), porque achava que o principal era atender a demanda, e a consulta agendada atrapalhava, que o paciente faltava e o médico ficava sem fazer nada... ela achava que a criança não vinha, por mais que a gente dissesse que o paciente vem, que gosta de consulta agendada... se você (médico) quer faltar e tem consulta agendada é mais complicado... A gente está pegando uma consulta, mesmo no Pronto Atendimento, à cada 20 minutos. Aí eu faço o gráfico da criança e faço aquela historinha mínima..." (1)

Segundo o entrevistado, a resistência ao agendamento partia também de alguns médicos, que independente do número de crianças que fossem ao CS consultar, teriam que permanecer no serviço pelo menos até o último horário de agendamento.

"Aqui no posto, como eu era o mais antigo, como tem muita gente que entrou e foi saindo, então eu fiquei pegando no pé... que atendimento de posto tem que ser o preventivo, não só atender consulta..." (2)

"Eu estou há 1 ano aqui. (...) Eu cheguei aqui, não tinha coordenador, então não havia problema nenhum, né? Até peguei a coordenação por alguns meses... tinha até muitas idéias, queria tocar todos os programas, retomar o tratamento da tuberculose... aí eu larguei a coordenação, né, mas tem esse programinha, as consultas são garantidas, os retornos são garantidos, pelo menos isso nós conseguimos... um agendamento e só, mais nada." (3)

"A puericultura é desenvolvida pela parte de enfermagem, faz a pesagem determinados meses, seria o 3º e o 5º, tá? E a gente (pediatras) pega o primeiro mês, segundo, quarto e sexto, então nos primeiros meses você nota que ela vem pra consulta, mesmo consulta de enfermagem..., quer que sejam esclarecidas sobre algumas coisas; eu acho que isso aí é uma minoria, tá certo?" (4)

"A gente aqui dividiu assim: é preciso atender Pronto Atendimento, ... dois pediatras gostam muito de fazer esse esquema e os outros dois gostam muito de fazer aquele esquema, consulta de Puericultura e consultas agendadas... ainda bem que deu certo... Tem um dia que eu faço meio período Pronto Atendimento... mas eu não gosto, detesto, nos dias de Pronto Atendimento já venho mau humorada..." (5)

"A gente tem assim a minha agenda pessoal, tá?, eu tenho 6 consultas de Pronto Atendimento que teoricamente seria chegar-atender, só que às 8 horas da manhã preencheram as minhas 6 vagas... chegou num ponto que eu não tinha mais aonde colocar os meus pacientes... eu

peço um raio X, por exemplo, que eu quero ver amanhã, e não tinha aonde enfiá-lo porque já estava lotado... Além disso, se chegar uma emergência, a gente tira 2 ou 1... À tarde o (outro pediatra) faz Pronto Atendimento, ele não faz agendamento... de manhã a (outra entrevistada (5)) faz um esquema com agendamento e o (um quarto pediatra) não faz, a não ser na terça-feira que ele faz Homeopatia..." (6)

"Atualmente, tem agendamento pra retornos e às vezes para puericultura, 4 a 5 por período, intercalados por consultas eventuais de Pronto Atendimento. Algumas crianças ficam sem atendimento; mesmo doentes... ou a auxiliar orienta os casos mais simples... (febre há menos de 6 horas, diarreia não complicada) e outras encaminha para o PS" (7)

"Bom, fora o meu serviço, que são as consultas, né, a gente faz programa de criança... consultas inter-mensais intercaladas entre médico e equipe de enfermagem, primeira consulta é sempre médico... (...). E tem visita às creches. (...)... atualmente tem agendado terça-feira, quarta-feira e quinta-feira; segunda e sexta-feira não tem criança agendada... porque não tem pessoal... não tem gente suficiente pra ter todo dia consulta de puericultura, tem os dias certos... tem vários funcionários fazendo larga-escala (curso de capacitação profissional-RTM), tem duas de férias, tem duas de licença..." (8)

Diretrizes

Por trás das tentativas de recriar um trabalho coletivo de assistência à criança, que em cada um dos 7 Centros de Saúde é formulado de maneira diferente, aparecem: o pediatra, como elemento que domina o projeto; e a falta de uma diretriz mais clara por parte da Instituição (Centro de

Saúde/Secretaria de Saúde). Foi perguntado a todos os pediatras: existe alguma diretriz da Secretaria sobre a assistência à criança?

“Assim que eu cheguei, já fui trabalhar... março de 1982... fui trabalhar no Vila Rica... Naquela época era só Pronto Atendimento... (...) Fui para o São Quirino, lá tinha uma coordenadora que achava que tinha que fazer uma consulta assim mais cuidadosa, fazer agendamento... (...) Daí fui para o Costa e Silva... já começamos a Pediatria como nós fazíamos no São Quirino... o coordenador achou que estava dando certo... quando eu cheguei aqui, aí eu tentei fazer igual, não consegui... (...) A (nova coordenadora) foi que deixou fazer agendamento... assumiu um dia, no outro a gente começou a agendar...” (1)

“Eu não sei como é que é, como é que são feitos os programas nos outros postos, a gente realmente não tem contato... acho que deve ser cada um de um jeito... antigamente eu participava mais de reuniões com pediatras... a Secretaria era mais centralizada né, então você ia lá e conversava e discutia o que ia fazer. Era mais engajado, tinha um pessoal que era mais antigo na rede... não tinha essa rotatividade que tem hoje. Então eu vejo hoje, por exemplo, o pessoal pediatra que entra agora, entra prá atender consulta, tocar o pau e acabou, não tá muito aí com fazer programinha e puericultura...” (2)

“Olha, eu estou na rede há 1 ano tá, e do ano passado prá cá é que, vamos dizer assim, a minha regional tá começando alguma coisa nesse nível, tanto no nível de Pediatria quanto na Saúde da Mulher... tentando montar programas e diretrizes de atendimento...” (3)

“Tem um cartaz, existe um cartaz nos outros consultórios... a gente se orienta assim, e a própria enfermagem marca de acordo com a idade da criança, entendeu?... veja bem, deixaram a bibliografia de puericultura, inclusive numa reunião que nós tivemos aí... minto, teve uma reunião na SAR (Secretaria de Administração Regional) há uns meses atrás sobre o programa de crescimento, desenvolvimento, onde justamente falava-se

isso. (...)... aproveitar e fazer consulta médica com dados antropométricos tá, e orientação alimentar, entendeu?" (4)

"Nunca, isso nunca foi muito trabalhado com a gente. (...). Eu vim já de outro Centro de Saúde, eu trabalhei no Santa Mônica, lá tinha também um programinha que um cara de lá tinha criado, né... tinha um folhetinho, tal, fez um programinha e a gente seguia mais ou menos assim..." (5)

"Olha, eu tive uma reunião hoje na Regional exatamente nesse sentido, a gente tava conversando exatamente essas coisas... eu estou cansada, Teixeira, dessas coisas de Prefeitura, que vai e vem, eu não tenho mais cara para ir nos lugares.." (6)

"Então, essa última reunião que houve, foi uma avaliação. E eles colocaram isso, e queriam mais os dados e os registros como eram feitos, como se registra a anamnese. Bem a nível acadêmico mesmo. (...). Inclusive ela criticava esse tipo de atendimento de deixarem a "porta aberta". Então, você fica na porta, isso aqui é inviável, então você vem aqui, você fica na porta e você vai levar pedrada. (...). Eu sinto de um tempo prá cá, eu não sei se as pessoas não estão passando para mim, eu sei que houve reuniões de Atenção à Criança no Centro de Saúde... eu fiquei super irritada, que não incluiu o pediatra, ... parece que tá vindo meio pingado. (...). Parece que antigamente tinha mais reuniões, com outros pediatras de maneira geral... um encontro maior, uma troca de experiências..." (7)

"Bom, a partir de exemplos de outros postos, a partir de minha própria experiência, a partir da dinâmica do próprio posto, a partir dos recursos que a agente tem pra trabalhar." (8)

Participação

Parece ser importante, como método de elaboração do processo de trabalho, o encontro entre os pediatras, a troca de experiências, um reconhecer-se em outros, ou um ser reconhecido por outros. A descentralização administrativa, que se acentuou na atual gestão municipal com a criação das Secretarias de Administração Regional - SAR - a que alguns pediatras se referem como "minha regional", associada com o aumento da autonomia gerencial dos Centros de Saúde, tem como subproduto um afastamento dos pediatras entre si e dos momentos decisórios mais importantes referentes ao seu trabalho, assim como das prioridades na assistência à criança. Eles elogiam os cursos dados nas SAR, mas sentem a perda de um espaço mais amplo de discussão e, claro, de poder. Reconhecem também medidas como acertadas, e elaboram suas críticas:

"Tem desnutrição, que a gente está acompanhando agora, e os que a gente está cuidando eles estão melhorando... (mas)... olha, nem (visitaram) a família dos que eu notifiquei... agora eles estão piorando..."

(1)

O prefeito fez votar uma lei pela Câmara Municipal tornando a desnutrição moderada e grave doença de notificação compulsória. Isto possibilitaria o fornecimento de leite para a criança, vaga garantida em creche próxima à residência e outras medidas de assistência social.

"Olha, já saiu o programa prá desnutrido, notificação e encaminhamento para a SAR e essas crianças têm vaga garantida na creche. (...). Eu não sei até que ponto isso tá funcionando, eu encaminhei umas duas crianças e ainda não tive retorno... Então tem alguma coisinha... foi marcada uma consulta (com a assistente social na SAR), tipo daqui a 2 meses...E eu não tenho certeza se isso aí não é um

programa de entidades particulares junto à Secretaria Municipal ou se é um programa da Secretaria em si... com distribuição de cesta básica, inclusive... me parece, eu acho que tem alguma coisa com empresas multinacionais..." (3)

"Aqui a gente tem um bolsão de pobreza... tem a favela ali e tem criança desnutrida que não chega aqui, a gente só vê na campanha de vacinação... até a Secretaria agora quer fazer um programa de desnutrido... Eu ainda estou achando que não consegue, a gente tem que ir lá, levar balança, e eles colocaram lá (aponta para outro lado da sala), e acha que isso vai adiantar? Desnutrido assim, abaixo do percentil 3 nós temos (matriculados no Centro de Saúde) meia dúzia, mas lá não tem só meia dúzia... Agora, da parte da gente, não tem como fazer. A gente até pensou, sabe o que nós fizemos na campanha? Eu vim na campanha (de vacinação) fazer antropometria: uma, que vieram poucos... não tinha uma pessoa para pegar as fichas, você tinha que ficar sozinha, a gente ia pesar o dia inteiro... vinha muito pouca gente, a gente tinha que ter ido lá no posto de vacinação da favela, daí não tinha quem levasse a balança, não tinha viatura. (...) o programa de desnutrido, há quanto tempo a gente quer saber quantos desnutridos tem? Agora vem uma coisa que não faz sentido... Não sei, saiu assim, é comprado? Não que eu não concorde, mas com o jeito de fazer eu não concordo..... eu acho que tem que ser feito mesmo..... é colocar a gente mais dentro das coisas, né?" (5)

A repressão à demanda resulta, aparentemente, na exclusão daqueles que têm menor poder de pressão sobre a equipe do CS. A universalização excludente não exclui só os "de cima"; na disputa pelo atendimento nos CS, os "de baixo" começam, também, a ser excluídos, permitindo vislumbrar uma seletividade, estruturando-se no interior dos CS, que vai no sentido contrário à equidade.

"Ah, e tem o desnutrido, agora, tem a última novidade, o desnutrido... não é só notificação, tem todo o envolvimento e esse acho que vai ser um pouquinho melhor, que tem assistente social para correr atrás... que não dá prá gente ficar fazendo tudo, nem é função da gente, tá, pelo menos puseram assistente social, tão distribuindo cesta básica, eu não sei até quando..." (6)

"A atual Comissão, eu não sabia que existia Comissão de Saúde da Criança dentro da Prefeitura... até agora o que saiu foi a padronização da notificação do desnutrido... É, e disso a gente participou..." (7)

Dois pediatras não citaram em nenhum momento da entrevista a obrigatoriedade da notificação da desnutrição moderada/grave e a assistência a esses desnutridos como decorrentes de sua atividade.

Distanciamento

A passividade do Centro de Saúde com relação a questões relativas à saúde das crianças de sua área de cobertura chama a atenção dos pediatras. Para alguns, existe uma parcela conhecida de crianças necessitadas da assistência do CS mas que não são atingidas pelo serviço e tampouco recorrem a ele. Alguns se mobilizam em uma atitude voluntarista, outros se resignam e praticamente "lavam as mãos":

"O Centro de Saúde agora está atendendo só criança com problema de saúde... Também não sei quem vem aqui, então não sei como poderia abranger mais as crianças da área completamente livre de cobertura. (...). Você vai ver cobertura vacinal, está baixa, você vai ver contato com a escola... com creche, está mínimo, a gente fica meio sem saber o que teria que fazer... (...). A gente já

pensou em atingir a criança que não chega aqui, até sair do Centro de Saúde... eu já fui... (na casa) de uma mulher que cuida de crianças que de tarde não tem aonde ficar... ela abriga crianças de rua, crianças abandonadas, então a gente já foi lá só pra ver se conseguia fazer alguma coisa, não é? Do ponto de vista de saúde para o adolescente o que a gente poderia fazer? Primeiro, a gente poderia cuidar da própria saúde do adolescente, que ele não vem aqui, tratar doenças recorrentes. (...) a gente tá trabalhando um grupo de adolescentes, começamos já faz um tempinho... a gente teve curso de adolescente, nós todos aqui fizemos um curso dado pelo ERSA.(Escritório Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado). Ajudou pra caramba, porque a gente estava... tocando sem saber como, fazia reunião, o que pintasse falava, sabe? Tivemos problemas, não conseguimos controlar os meninos, só faltava porem esse posto aqui abaixo, não é?" (1)

"Eu acho que o Centro de Saúde deveria, não que ele faz, ele deveria ser uma coisa mais voltada pra comunidade, a nível de prevenção, de pesquisa de situação de risco... houve um recuo, hoje o Centro de Saúde é tocação de serviço. (...) A gente tá aqui no posto e não sei de nenhuma diretriz, o que a Secretaria quer que a gente faça... tô sentado aqui durante 4 horas atendendo consulta, mas eu dificilmente tô procurando entender a saúde da região, entendeu? Teria que alguém mostrar, olha a coisa tá acontecendo desse jeito assim, precisamos melhorar o atendimento nessa área e isso e aquilo... (...) O Centro de Saúde deveria tá fazendo a prevenção... e hoje passa a ser como se fosse um pronto-socorro do bairro, então ele tem que dar conta de uma demanda reprimida, que é elástica né?" (2)

"Doença aguda toda hora tem, o dia inteiro tem, então sobra muito pouco tempo pra você dispensar... com um programa, o que seria o objetivo principal num posto de saúde, né? Quer dizer, você teria que atuar realmente na prevenção e não na parte curativa... com visitas às creches, visitas às escolas sabe, muita educação em cima do povo né, o

povo tá precisando de muita educação, porque o que a gente pega aqui é a mesma coisa de sempre, são as verminoses, as anemias, a falta de higiene né, a escabiose..." (3)

"Eu acho que o Centro de Saúde teria que ser "de dentro para fora", não sei se estou falando certo mas aqui é o contrário, é "de fora para dentro"; se as pessoas querem alguma coisa elas têm que vir até aqui... então deveria ter inspeção familiar, inspeções sanitárias, deveria ter nutricionista... não tem psicóloga, não tem aspecto social... não tenho nenhuma estrutura psicossocial aqui. (...) O que acontece é que o paciente fica desarticulado, ele vem aqui prá quê? ... você precisa então de uma visita domiciliar, alguém precisa estar indo na casa dessa paciente prá saber como é que tá a condição habitacional, como é que tá o ambiente familiar, se a mulher apanha do marido, se o marido bebe, entendeu? Eu trabalho com uma creche, trabalho beneficente, não é lucrativo... e não tem nada a haver com isso aqui... Eu por exemplo trabalho em Indaiatuba: muito melhor do que trabalhar aqui, eu consigo fazer um trabalho de prevenção e aqui eu não consigo. E eu (lá) sou sozinha com uma auxiliar, mas ela mede a pressão da criança, ela mede peso e estatura, ela faz a anamnese da criança, porque eu treinei, eu fiz um padrão de anamnese para o posto de saúde, eu fiz o padrão de alimentação, fiz por escrito profilaxia ambiental, pra asma e rinite alérgica, então lá eu consigo, mas aqui não." (4)

"A gente acabou dividindo aqui as coisas, né, tem os escolares, uma coisa que eu não saí mais do posto, antes eu até saía do posto, agora eu achei que tenho que ficar aqui. (...) é, a (outra pediatra (6)) sai muito, vai nas escolas, eu acho essa parte super importante, né, que eu não faço, já fiz, mas não faço mais. Então, isso é complicado, isso eu acho falta né... falta é reciclagem para mim, eu acho que falta chamarem a gente, prá melhorar mesmo, né, a parte técnica..." (5)

"Paralelo a isso, acho que no ano passado, retrasado, nós tivemos o negócio da creche, tinha muita demanda aqui, aí me propus fazer um trabalho. O problema de sempre, não pode entrar na creche, mandava ir ao médico, resfriado, febre, rash cutâneo, até ferida, piolho, porque dependendo da mãe, do tanto que ela retorne com a mesma coisa, elas acabam não deixando entrar, é uma maneira de fazer a mãe cuidar... (...) elas ligam pra mãe às 14 horas... acontecia da criança chegar aqui às 16 horas, eu saio às 16:30, às vezes 17:00. Ela chega aqui esbaforida, irritada, precisando da consulta e às vezes não tem como dar consulta... um pepino sem fim, então na época que estava a (coordenadora da época) eu sentei com ela... falei que queria fazer alguma coisa, mas que não tinha, e não tenho, assim grandes formações nesse sentido, que era uma vontade, aí ela andou me dando um monte de literatura, coisas assim muito interessantes... e fui lá na creche com uma proposta muito educativa, aliás só educativa e não curativa... a coisa melhorou. Uma otite, não tem importância ela tá dentro da creche com uma otite, mas tem que seguir um tratamento, se uma Amoxicilina, vai ter que tomar à tarde, não é porque tá na creche que vai ficar sem... melhorou muito, na época elas ficaram muito satisfeitas. (...) eu acho que nós chegamos num ponto bom, a gente tava tendo um relacionamento super bom, diminuiu a demanda aqui, só que veio o projeto do adolescente... aí eu avisei para eles; falei olha, não dá pra fazer atendimento, pra fazer creche, saúde do escolar e pra fazer adolescente, vai ter que definir o que é que vocês querem... como agora dizem que tem verba... pro adolescente, e você sabe que entrou grana a coisa fica bonita, então eu me desloquei e abandonei a creche... não adiantou nada, quer dizer, eu tô com uma sensação terrível de que o que eu fiz não é solução, você tem que fazer uma coisa continuada. (...) eu fiz pra escola também, não era pra pegar só creche... aí veio a época do cólera e eu peguei carona... só que aí chegou um ponto no grupo de alunos, que eles falaram claramente que

eles não iam mais falar sobre o cólera, era muito chato... que eles não iam na favela, porque a proposta da gente era transformá-los em multiplicadores de saúde... aí surgiu a coisa do adolescente. (...) eu não tenho mais cara de ir nos lugares, porque aqui todo mundo me conhece: quem vai na escola, promete, promete, lança proposta, sou eu, e quem acaba com as propostas no meio ou não começa, também sou eu... quando surgiu a proposta do adolescente eu fui convidar as pessoas de novo, tinha um monte de pessoas que falou assim: "ah, você não é aquela que veio aqui?" (6)

"Um exemplo: nós estamos com um projeto. Não tem ligação com a Prefeitura, mas o projeto "Meninos de Rua" de uma entidade filantrópica, ligada à pastoral. (...). Eu tenho muita vontade de sair do Centro de Saúde... já tentei isso "n" vezes, mas eu fico assim: até que ponto eu posso ir no sentido de tá reprimindo a demanda, ou se a coordenadora vai gostar? Eu já fiz exame clínico de todas as crianças... essa freira responsável, ela traz a criança até aqui, eu faço toda a parte clínica. Mas a minha vontade é de eu sair daqui e me envolver com essas crianças no projeto lá... (...) Uma outra coisa é voltar às atividades com as creches, tá? Eu achei que ficou muito perdida a orientação... eu não sei se eles tem um programa que dê orientação ou não para os funcionários... Então, sair mais a campo... o pessoal mesmo pediu, da creche aqui do lado (há uma creche filantrópica vizinha ao CS) prá que a gente fosse mais vezes, que não tem ligação com a Prefeitura..." (7)

"Bom, o que eu acho mais importante é o programa de vacinação... que nunca falte vacina no posto... a preocupação da Secretaria com as doenças contagiosas, né, bloqueio dessas doenças, notificação dos doentes... eu acho isso muito importante, porque isso muitas vezes não é feito nas clínicas particulares..." (8)

Os Referenciais

A percepção das necessidades coletivas que deveriam ser atribuição dos Centros de Saúde, que emerge do conjunto das entrevistas, remete a referenciais diversos: à Higiene, no sentido de educação sanitária; à Medicina Preventiva, no sentido genérico, de que “o Centro de Saúde tem que fazer prevenção”, sem especificar o que ou como; à Medicina Comunitária, no aspecto de envolver o pessoal auxiliar nas atividades; ao Modelo Programação, na referência sistemática a “programas” denominando as diversas atividades possíveis referentes à assistência à criança; à Puericultura, denominando o atendimento rotineiro de crianças saudáveis; à Saúde Pública, quando se referem às ações de controle de doenças contagiosas; e à Filantropia, por onde alguns acabam por dar vazão ao sentimento de solidariedade.

Por esse ponto de vista, para os pediatras entrevistados o Modelo Assistencial vigente na rede acaba por relegar aspectos importantes da assistência à saúde da criança, no plano coletivo. Para esclarecer um pouco mais quais os referenciais teóricos que utilizavam para o trabalho nos Centros de Saúde, foi feita a seguinte pergunta: o que é que fundamenta o seu trabalho, e onde você busca informações para trabalhar com as crianças no Centro de Saúde?

“O único contato que eu tenho é com a UNICAMP mesmo, e o que eu li é o que vocês indicaram mesmo, né, mas assim, o resto é mais de cabeça... tem o curso do ERSA de adolescentes... Quando eu entrei (1982) teve um seminário longo, da implantação do Programa de Assistência à Criança, com a participação de todos os pediatras... Foi a última atividade que deu base pra organizar a assistência. (...) Teve o curso da Pediatria da UNICAMP, da 4ª feira de manhã junto com os residentes... e os cursos da SAR: otorrino, infecções respiratórias... asma, a gente tenta fazer, mas faltam os medicamentos...” (1)

"Vai basicamente da vontade minha mesmo... eu vou aonde tem, né, então por exemplo, alguma coisa que tem na Sociedade de Medicina e Cirurgia, curso que tem na UNICAMP, às vezes, São Paulo, eu, por exemplo, que trabalho na área de neonatologia, então eu tenho mais interesse nessa área, tá..." (2)

"Olha, atualmente muito pouca, muito pouca leitura... É, eu lia as revistas de pediatria, né... eu sei que existem palestras na PUCC, né, toda quarta-feira de manhã, mas eu estou aqui de manhã... eu tenho um filho de 2 anos, então fica muito difícil você conciliar as duas coisas. (...) eu gostaria mesmo, pelo menos tá ouvindo coisas novas... meu sonho realmente é fazer uma reciclagem, tipo dedicação exclusiva na enfermagem, que há séculos que eu não vou... enfermagem é gostoso demais, né ... eu já estou há 4 anos longe disso..." (3)

"Eu busco, eu tenho, geralmente recebo material da Sociedade Brasileira de Pediatria, crescimento, desenvolvimento, outros, manual de otorrino... eu tenho um livro de ambulatório, tenho livro inclusive de crescimento e desenvolvimento escolar... mas é um espetáculo, tem a parte teórica e a parte prática, né, que eu uso lá na instituição beneficente..." (4)

"Ah, eu acho que eu tirei da faculdade, por isso é que eu falei isso, é mais ou menos uma coisa antiga lá de Paulínia... eu acho que é da minha formação... Eu acho que o dia a dia da gente no Centro de Saúde, ou você se liga no que está acontecendo, ou você nega tudo, então é o dia a dia. (...) As reciclagens, o ano passado, foram muito boas, todo mundo gostou, foi o pessoal da UNICAMP que deu para o pessoal da rede... mas tem que repor o horário... Teve de pneumo, endócrino, crescimento... basicamente patologias; o curso do ERSA de preparação para o atendimento do adolescente, foi ótimo... e tem um de sexualidade, por enquanto é o ginecologista que tá fazendo..." (5)

"É, eu acho que eu sei, eu tiro de dentro da minha casa. Minha mãe trabalhou na rede pública a vida inteira... minha mãe é dentista... então a primeira vez que eu fui com ela num congresso sobre prevenção, eu era estudante de medicina, eu fui com ela para ela não ir sozinha. Eu acho que dali em diante eu comecei a achar que a coisa não era só você tratar pneumonia, tratar otite... Olha, atualmente eu tô fazendo tudo... a reciclagem na UNICAMP... faço tudo o que o ERSA promove... então eu fiz um de pneumo, endócrino... Congresso a gente até acaba sabendo, mas eu não tenho grana para ir em Congresso. É assim, fica uma coisa meio assim de apresentação de caso... fica uma coisa muito distante da gente, daquilo que eu pretendo... A Universidade abandona a gente. Médico de posto é médico de postinho, sabe? Cobra-se resolutividade, qualidade, mas enquanto isso não mudar, a cabeça das pessoas, você não vai ter nada disso" (6)

"Só as reuniões e as reciclagens..." (7)

"Sei, ah, eu procuro fazer todos os congressos que são apresentados, eu leio muito, sempre compro livros, eu procuro participar de toda a atividade da Sociedade de Medicina e Cirurgia, dos colóquios... mais aulas sobre patologia, mesmo... congresso de pneumologia, otorrino pediátrica, especialidades em pediatria, né, de sub-especialidades". (8)

As Intenções e a Prática

A fundamentação teórica, via de regra, vem da Pediatria e suas especialidades, ou de concepções descoladas do dia a dia do trabalho, onde podem ser aproveitadas, não havendo entretanto maiores preocupações com isso no conjunto dos cursos e reciclagens, como o cursotório para o atendimento ao adolescente, que visava uma sensibilização e uma

fundamentação inicial para o trabalho, não sendo seguido por outros treinamentos ou cursos de operacionalização de atividades.

Mas os pediatras percebem uma intencionalidade nas supervisões feitas nos Centros de Saúde, mesmo que não consigam inferir um modelo de assistência, um processo de trabalho referenciando a supervisão:

"Eu deixaria um tempo maior para as primeiras consultas, eu reformularia o prontuário da pediatria, muito sintético... são padronizados para todos os pacientes... eu acho que 15 minutos para cada paciente é péssimo... a Secretaria de Saúde determinou essa norma, se você trabalha 5 horas por dia, você tem que atender 20 crianças... seja o problema que for... você tem o mapa todo dia, uma planilha prá gente atender..." (4)

"Não chega até nós, eu acho, na hora de cobrar, cobra, mas não chega até a gente, vamos discutir isso e aquilo, entendeu?" (5)

"Meu envolvimento (com a área de Saúde Pública) é meio ideológico... ideologia... compromisso com as questões sociais. Eu acho que, uma crítica, pelo que a gente, eu, tenho feito, eu acho que a cobrança é muito grande o pessoal não tem visto... para essas pessoas, como existe rodízio muito grande a nível de coordenação... a atual, inclusive parece que está vendo mais produção, eles falam que não, mas... mostra até uma tabela de produção por mês... eu, por exemplo, tento fazer o máximo de atendimento para não enviar ao Pronto-Socorro... a gente tenta dar uma atenção, quando a mãe quer uma informação... isso eles não percebem, porque isso não cai na produção... a coisa foi mudando, os pacientes que procuravam os Pronto-Socorros e os P.A. dos hospitais conveniados desviaram para o Centro de Saúde... eu sei porque eu já trabalhava nos dois lugares..." (7)

Finalizando

Ao se tomar as distintas formulações que emergem das entrevistas e ao se tentar apreendê-las como esboços de processos de trabalho, naquilo que apresentam de intenção e naquilo que resultou concretamente em um determinado processo de trabalho, aparece como finalidade do trabalho o cuidado da criança, de forma genérica. Nenhum dos pediatras entrevistados chegou a definir com clareza que instrumentos utilizou para conhecer as necessidades, conceptualizando-as para a prática. De um lado há uma insuficiência técnica, pois esses instrumentos existem, são de base epidemiológica. De outro lado, se reproduzimos aqui no momento da análise dessa insuficiência técnica a concepção de que ela é individualizada, estaremos reproduzindo toda a ideologia que aponta a má qualidade da prática médica como decorrente da falta de competência individual de cada médico - ou do descaso dos médicos em geral - em relação às necessidades de saúde da população.

Ora, não é este o enfoque que permite entender a estruturação da prática médica nas distintas formações sociais. Essa insuficiência técnica decorre exatamente da dinâmica mais geral de incorporação de tecnologia ao processo de trabalho médico, e neste aspecto fica clara a diferença entre tecnologias adequadas e "tecnologias simplificadas", conceito que impregna os discursos sobre os projetos de Atenção Primária à Saúde ou de Medicina Comunitária. Decorrente também da dinâmica de incorporação tecnológica aos trabalhos individuais, essa insuficiência técnica do pediatra é determinada pela divisão técnica do trabalho médico, na qual a Epidemiologia passou a ser a base técnica de um trabalhador especializado: no Brasil, o sanitarista, sendo necessário ressaltar o fato de que hoje em dia, e Campinas não foge à regra, os sanitaristas simplesmente desapareceram dos Centros de Saúde, com as notáveis exceções de praxe.

O processo de trabalho do pediatra no interior dos Centros de Saúde, na falta de uma diretriz mais consistente da Secretaria de Saúde, o que também é determinada pela dinâmica da implantação do Sistema Único de Saúde, fica praticamente na dependência do compromisso do pediatra com as crianças e de sua vontade em desenvolver um processo de trabalho que transcenda o Pronto Atendimento. Não sendo isso uma exigência da Instituição, só pode ser entendido como doutrina, um dever, aquilo que constitui a vontade do trabalhador, ou que a submete de forma a elaborar um projeto do trabalho. Neste caso, nosso em atendimento é de que a doutrina pediátrica substitui a finalidade do processo de trabalho; neste caso; reproduz-se novamente uma lacuna entre a doutrina de conservação e proteção à criança e a base tecnológica com que o pediatra opera.

Os depoimentos dos pediatras não deixam margem a dúvidas quanto à falta de percepção por parte das autoridades responsáveis pela assistência à criança nos Centros de Saúde, acerca de quais os saberes e tecnologias estão faltando para a operacionalização do trabalho do pediatra. Tampouco os pediatras percebem isso, uma vez que elogiam os cursos e reciclagens que versam sobre a patologia infantil. Aparentemente, não houve uma única atividade desse tipo que impactasse o trabalho no Centro de Saúde. Não se quer dizer com isso que a atualização sobre a fisio-patologia e a terapêutica não sejam importantes para a qualidade da assistência pediátrica. Ocorre que não há uma mediação entre esses saberes e sua aplicação nos Centros de Saúde, e não se está falando aqui de "simplificação tecnológica", mas de aplicação adequada do conhecimento.

Como já apontado anteriormente, "**...o pensamento médico funda-se em noções universais...**", resultando em representações e normas que orientam o trabalho cotidiano. A doutrina pediátrica opera no mesmo nível das outras representações e normas que permitem aos médicos imanarem-se em torno de um ideal de prática, e constitui a essência da Pediatria como especialidade. Na falta de uma base tecnológica que vá capilarizando a doutrina

para dentro das atividades e dos momentos que compõem o processo de trabalho do pediatra no interior dos CS, a doutrina permanecerá como saber ***“...que não se desfaz em confronto com as contradições, ainda que aí encontre seu limite e seja obrigado a reconstruções periódicas”***. (SCHRAIBER, 1993: 215)

Mas a Pediatria, do modo como reproduz a divisão técnica e a divisão social do trabalho médico, pode eventualmente tornar dispensável a doutrina, fixando-se como as outras especialidades nos limites da especificidade biológica do corpo da criança e na sua já conhecida variabilidade, dependente da idade da criança. Os próprios entrevistados acenam para essa dinâmica. O pediatra número 2, ao ser perguntado sobre motivos de insatisfação que teria com relação ao trabalho na rede, responde:

“Motivo de insatisfação? É, seria a própria Pediatria em si, não, não sei como é, mas está chegando num ponto meio esquisito, ela está se pulverizando num sentido de especialidade, né? Então ela hoje está como se fosse a clínica há alguns anos atrás, entendeu? Então hoje precisa ter o especialista em ouvido, especialista nisso, naquilo, então a Pediatria está ficando meio pra trás nessa história. Daqui a pouco vai ter especialista em Puericultura; a neonatologia já tem uma coisa com título, e precisa prestar só neonatologia...” (2)

Em outras palavras, o entrevistado está mais insatisfeito com a falta de conhecimentos operacionalizáveis em seu trabalho, que atribui à Pediatria, do que com as próprias condições de trabalho.

Traduzindo: a Pediatria não é mais capaz de, do modo como vem-se desenvolvendo, orientar o trabalho do pediatra no Centro de Saúde.

A doutrina pediátrica, os ideais de prática só vão poder sobreviver e se reatualizar se puderem ser infiltrados no cotidiano do trabalho do pediatra. A postura dos pediatras entrevistados parece permeável à construção de novas práticas, que dependem na verdade de saberes e tecnologias que permitam a

construção de objetos e a operacionalização do trabalho, respondendo às finalidades de um verdadeiro Sistema Único de Saúde e de uma verdadeira Reforma Sanitária, que se dirijam às necessidades de saúde da população e aproveitem as tecnologias, os saberes e as doutrinas profissionais dos agentes históricos das práticas. Nesse movimento, novos saberes se constituirão, novas tecnologias serão incorporadas, e novas práticas serão possíveis. Os instrumentos necessários para alavancar esse movimento existem, mas não fazem parte do instrumental de trabalho dos pediatras dos Centros de Saúde.

Por último, a troca de experiências e o debate sobre "o quê fazer" no cotidiano do trabalho parecem ser elementos fundamentais na constituição dos processos de trabalho, como afirmam os pediatras entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pediatria constituiu-se em especialidade médica por articular, no campo doutrinário e na prática concreta dos especialistas, as várias dimensões existenciais da criança com as especificidades do organismo da criança. À medida em que a Pediatria, como a Medicina em geral, torna-se científica e tecnológica, estruturando-se na sociedade de classes e reproduzindo essa estrutura, aumenta a distância entre o discurso social que a Pediatria elabora sobre a criança e a prática concreta de seus agentes. Ao desenvolver-se privilegiando o conhecimento da ciência das doenças, a patologia (ou anátomo-fisio-patologia), relegando outras possibilidades de apreensão da criança, no plano individual e coletivo, ao interesse e ao esforço individual de cada pediatra, a Pediatria promove lentamente um esvaziamento da função social que se atribui e que se expressa em sua doutrina.

A dinâmica de estruturação da prática pediátrica no interior dos Centros de Saúde permite-nos afirmar que as ações relativas ao cuidado da criança, no sentido da promoção e preservação da saúde, já advêm das formulações da saúde coletiva. Entretanto, há uma série de questões que envolvem a operacionalização do conhecimento e tecnologias derivadas da própria ciência das doenças, no âmbito dos Centros de Saúde, que merecem melhor elaboração por parte da Pediatria.

Ao não desenvolver e aplicar conhecimentos e tecnologias que permitiriam ao pediatra atuar sobre as necessidades da criança que transcendem o corpo anátomo-fisio-patológico, ou por outro lado, ao conceber o social da criança com base em uma ciência do natural, a Pediatria evita tematizar o social da criança tendo por base uma teoria do social. Desse modo, o pediatra, desprovido dos saberes necessários para uma abordagem integral da criança

em sociedade, sente-se incapaz de operacionalizar a doutrina que se constitui, ainda, em importante elemento de orientação da prática. Por outro lado, há uma série de questões que se referem à operacionalização do conhecimento científico e de tecnologias derivadas da própria ciência das doenças no âmbito dos Centros de Saúde, que merecem melhor elaboração por parte da Pediatria.

É previsível que, a se manter o rumo tomado pela especialidade, em pouco tempo a representação social sobre a competência específica do pediatra deixe de considerá-lo um profissional capacitado minimamente a opinar (não pelo seu bom-senso, mas por seu saber) sobre as questões relativas ao aprendizado, a atividade física, o lazer, a alimentação (não a nutrição), o desenvolvimento psíquico e a afetividade da criança, assim como sobre a expressão coletiva dos problemas de saúde das crianças.

Entretanto, é possível que a Pediatria retome essas questões em novas bases, em uma nova abertura para "o social". É possível também que isso ocorra pela necessidade de criar novas demandas específicas, em busca de novas fatias do mercado de trabalho médico. O empenho na constituição de uma Medicina de Adolescentes e a disputa entre várias especialidades médicas por esse novo objeto de práticas, parece reproduzir a história de algumas das especialidades, como se apontou anteriormente.

No que tange à Pediatria, o atendimento ao adolescente e ao escolar, (e o pré-escolar?), já vem se constituindo em sub-especialidades, que em geral, não se referem a problemas orgânicos específicos dessas faixas etárias, mas a questões postas pela inserção social das crianças e dos adolescentes. Ocorre que, por se constituírem à partir do conhecimento científico derivado das ciências biológicas, que é aquele privilegiado no desenvolvimento da Pediatria da Medicina Científica e Tecnológica, prosseguem reproduzindo indefinidamente a distância e a lacuna existentes entre a doutrina pediátrica e as tecnologias médicas de abordagem da criança para a prática pediátrica. Transformam desse modo seus produtos em ideologias, como já ocorreu com a Puericultura, ao invés de se constituírem em

campos específicos de desenvolvimento do saber, abertos às distintas realidades de vida das distintas crianças.

Neste sentido, e dado o papel histórico que os serviços públicos de saúde representam para a constituição da especialidade, cabe a pergunta: porque não reatualizar os Centros de Saúde como estruturas de suporte para a pesquisa, o desenvolvimento, a aplicação, o ensino e a divulgação dos saberes que podem superar a lacuna entre o discurso e a prática pediátricas?

SUMMARY

This research studies the conformation of pediatric practice within the Health Centers, and its historical evolution. Being a medical practice referred to the child, and occurring in a determined health care structure, the study begins with the theoretical reconstruction of Pediatrics as a medical speciality, from the constitution of Medicine as a unified profession, as well as the social hegemonic practice related to the treatment and prevention of diseases in the individual or collective scope. Pediatrics will rise, by this view, as a response of Medicine to social requirements, brought about by the emergence of child as an object of social practices that aims to preserve his life and promote his health and welfare. With the development of scientific and technologic Medicine, and the technic and social division brought about, this phenomenon will occur with some kind of specificity within Pediatrics practice. In Brazil, the institutionalization of Pediatrics as a speciality is strongly related to the development of the medical-sanitary structure of the Public Health, specially with the rising of the Health Centers as a Public Health unity. The presence of pediatricians in the decision levels of government, for a long time, imprints their mark to the nature of the child care actions and to the work process in which pediatricians are involved at the Health Center level. Nevertheless, a change is brought about with the transformation of the whole Medical assistance and its profile, along the nineteen sixties and seventies, following the profound structural changes of Brazilian Social structure. The pediatric consultation comes by this time from a health maintenance pattern, to a emergence-attendance of acute ill pattern. The change implicates a reduction in the object of work of the pediatricians establishing a conflict between the professional doctrine and the concrete of their practice in the Health-Centers. This conflict arises as a tension between the medical ideology that supports Medicine as a unitary profession (and Pediatrics as a unitary speciality), and the actual circumstances in which pediatricians develop their work in the Health Centers.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANCHES, S.H.; SANTOS W.G. e COIMBRA, M.A.: Política Social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1987
- ABT, I. A History of Pediatrics, in IRVINE Mc QUARRIE, A.B.: Brennemann Practice of Pediatrics. W.F. Prior Company Inc., Maryland, 1948
- AGUIAR, A.; MARTINS, R.M. História da Pediatria Brasileira. Coletânea de Textos e Depoimentos. São Paulo, Nestlé, 1996
- ALBUQUERQUE, J.A.G.: Metáforas da Desordem. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978
- _____ : Da Assistência à Disciplina: O Programa de Saúde Comunitária, Deptº de Ciências Sociais FFLCH, USP, 1979, mimeo
- ALCÂNTARA, P.: Bases do Pensamento Pediátrico. in Marcondes, E. Pediatria Básica, São Paulo: Sarvier, 1985
- _____ Mortalidade Infantil: Causas e Remédios de Ordem Sanitária. in Aguiar A. e Martins, R.M. História da Pediatria Brasileira. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996
- ARIÈS, P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, Guanabara, 2ª ed, 1981
- AROUCA, A.S.S.: O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1975
- BADINTER, E.: Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 5ª ed, 1985
- BALLABRIGA, A.: "One Century of Pediatrics in Europe" in Nichols, B.L., Ballabriga, A. e Kretchmer, N. (ed.): "History of Pediatrics 1850-1950": Nestlé - Raven Press, New York, 1991
- BEHRMAN, R.E.: "Overview of Pediatrics" in Berhman/Kliegman/Arvin "Nelson text book of Pediatrics", Saunders Ed., USA, 1996, 15ª ed.

- BOLSDTEIN, R.C.A. (org) Serviços Locais de Saúde. Construção de Atores e Políticas. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993
- BOLTANSKI, L. Puericultura y Moral de Clase. Barcelona, Laia, 1974
- _____ As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1979
- BRAGA, J.C.S. e PAULA, S.G.: Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo, Hucitec, 2ª ed, 1986
- CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D.: Planejamento sem Normas. São Paulo, Hucitec, 1989
- CAMPOS, G.W.S.: Os Médicos e a Política de Saúde, São Paulo, Hucitec, 1988
- _____ : A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo, Hucitec, 1991
- _____ : Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. Tese apresentada para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. DMPS/FCM/UNICAMP. 1991
- CANESQUI, A.M. (org.): Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995
- CANGUILHEM, G.: Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida. Lisboa, Edições 70, sem data
- _____ : O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2ª ed, 1982
- CAPISTRANO FILHO, D., PIMENTA, A.L.: Saúde para Todos: Desafio ao Município. São Paulo, Hucitec, 2ª ed, 1989
- CARMO, E.S.: "Fernandes Figueira" in Aguiar, A. e Martins, R.M.: "História da Pediatria Brasileira", Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/ Nestlé, 1996
- CHAUÍ, M.: O que é Ideologia? São Paulo, E. Brasiliense, 35ª ed, 1992

- CORDEIRO, H.R. Estado e Indústria Farmacêutica: A Estratégia de Medicalização. in GUIMARÃES, R.: Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- COSTA, J.F.: Ordem Médica e Norma Familiar, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 3ª ed, 1989
- COSTA, N.R.: Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes, 2ª ed, 1986
- COUTINHO, C.N.: Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia, in TEIXEIRA, S.F.: Reforma Sanitária, em Busca de uma Teoria. São Paulo, Ed. Cortez/Abrasco, 1989.
- DE LAMARE, R. Depoimentos in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. História da Pediatria Brasileira. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996.
- DEMO, P.: Introdução à Metodologia das Ciências. São Paulo, Atlas, 1985
- DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975
- DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976
- DONZELOT, J. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro, Graal, 2ª ed, 1986
- FIORAVANTE, E. et al: Conceito de Modo de Produção. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978
- FLEURY, S. (org.): Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992
- FOUCAULT, M.: O Nascimento da Clínica, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977

- GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. (org.): Planejamento Criativo: Novos Desafios Teóricos em Práticas de Saúde. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992
- GÉLIS, J.: A Individuação da Criança, in DUBY, G. e ARIÉS, P.: História da Vida Privada. São Paulo, Companhia das Letras, 1992, livro 3
- GIOVANNI, G.: Medicamentos e Equipamentos Médicos: Inovação e Adensamento Tecnológico no Brasil. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Sociologia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992
- GRAMSCI, A.: Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 5ª ed, 1985
- GUIMARÃES, R. (org) Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate. Rio de Janeiro, Graal, 1978
- GUIMARÃES, R.; TAVARES, R.A.W. (org) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994
- HELLER, A.: O Cotidiano e a História. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1989
- HOLANDA, S.B.: Raízes do Brasil. Rio de Janeiro, J. Olympio, 10ª ed, 1976
- IANNI, O.: O Ciclo da Revolução Burguesa. Petrópolis, Ed. Vozes, 2ª ed, 1985
- KADT, E., TASCA, R.: Promovendo a Equidade. Um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde. São Paulo/Salvador, Cooperação Italiana em Saúde, 1993
- KIRSCHBAUM, D.I.R.: As Práticas Educativas para Auxiliares de Saúde na Secretaria Municipal de Campinas. Exame do Programa de Atenção Primária. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989
- KLEINSCHMIDT, H.: Formulário Prático de Therapêutica Infantil. Rio de Janeiro, Paulo, Pongetti e Cia, 1925

- KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª ed, 1976
- L'ABBATE, S.: *O Direito à Saúde: Da Reivindicação à Realização*. Projetos de Política de Saúde em Campinas. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 1990
- LEAVELL, H.R. e CLARK, E.G.: *Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976
- LEMGRUBER, O. Síntese da História da Pediatria no Antigo Estado do Rio. in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. *História da Pediatria Brasileira*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996
- LÖWY, M.: *As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento*. São Paulo, Busca Vida, 1987
- LUSTOSA, O. Contribuição para a História da Pediatria no Estado de Minas Gerais. in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. *História da Pediatria Brasileira*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996
- LUZ, M.T. *As Instituições Médicas no Brasil. Instituição e estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1978
- _____. *Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982
- _____. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988
- _____. *As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80*, in GUIMARÃES, R. e TAVARES, R.A.W. (org.): *Saúde e Sociedade no Brasil, Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994
- MACHADO, R. et.al.: *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978

MARCONDES, E. (coordenador): *Pediatria: Doutrina e Ação*. São Paulo: Sarvier, 1972

_____ : *Ecopediatria: A Força do Ambiente Sobre a Saúde da Criança*. São Paulo, Sarvier, 1981

_____ : *Pediatria Básica*. São Paulo, Sarvier, 7ª ed, 1985

_____ : *Pediatria em Consultório*. São Paulo, Sarvier, 1988

MARQUES, M.B.: *A Questão Populacional Internacional e as Doutrinas e Práticas Sanitárias Voltadas para a Saúde Materno-Infantil*. Rio de Janeiro, mimeo, sem data

_____ : *Análise das Limitações e Possibilidades de Atuação em um Serviço de Puericultura*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1976

MARTINS FILHO, J.: *Lidando com as Crianças, Conversando com os Pais*. São Paulo, Papyrus, 1995

MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, sd, Livro 1

MASCARENHAS, R.: *Contribuição ao Estudo da Administração dos Serviços de Saúde Pública em São Paulo*. Tese de Livre-Docência apresentada junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1948

MENDES GONÇALVES, R.B.: *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina USP, São Paulo, mimeo, 1979

_____ : *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede*

Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina USP, São Paulo, mimeo, 1986

_____ Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades, São Paulo, CEFOR, 1992

MENDES, E.V.: O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: Reflexões Sobre uma Agenda Mínima para a Reforma Sanitária. Brasília, mimeo, 1992

_____ : (org) Distrito Sanitário; O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994

MERHY, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública. Emergência das Práticas Sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, Papyrus, 2ª ed, 1987

_____ A Saúde Pública como Política. São Paulo 1920-1948. São Paulo, Hucitec, 1992

MINAYO, M.C.S. (org) O Limite da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1993

_____ O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Hucitec/Abrasco, 3ª ed, 1994

MINISTÉRIO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL: Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Gráfica Inamps, 1983

NEMES, M.I.B.: Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação, in SCHRAIBER, L.B.: Programação em Saúde Hoje. São Paulo, Hucitec, 1993.

NEPP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP) Brasil, 1987: Relatório sobre a Situação Social do País. Campinas, EDUNICAMP, 1989

- NICHOLS, B.L., BALLABRIGA, A. e KCRETCHMER, K.: *History of Pediatrics, 1850-1950*. Nestlé Nutrition Raven Press, New York, 1991
- NOGUEIRA, R.P.: *Medicina Interna e Cirurgia: A Formação Social da Prática Médica*. Rio de Janeiro, Tese de Mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Centro Bio-Médico - Instituto de Medicina Social, 1977
- NOVAES, H.M.D.: *A Puericultura em Questão*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979
- _____ : *Diagnosticar e Classificar - O Limite do Olhar*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987
- NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U.S.; COHN, A. *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo, Cortez, 1991
- NUNES, E.D. (org.): *Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez, 1989
- _____ : *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo, Global, 1983
- OFFE, C.: *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
- OLIVEIRA, J.A.A. e TEIXEIRA, S.M.F.: *(Im) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985
- OSKY, F.A. et.al: *Principles and Practice of Pediatrics*, Philadelphia, J.B. Lippincot Company, 2nd ed., 1994
- PEARSON, H.A.: *The History of Pediatrics in the United States* in OSKI, F.A.: *Principles and Practice of Pediatrics*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 2^a ed, 1994

- PELLEGRINI FILHO, A.P.; RAMOS, C.L.; RIBEIRO, J.A.T.: "A Medicina Comunitária, A Questão Urbana e a Marginalidade Social", in Guimarães, R. (org.): Saúde e Medicina no Barsil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978
- PEREIRA, L.: Capitalismo e Saúde in DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L.: Saúde e Sociedade. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976
- PRZEWORSKY, A.: Estado e Economia no Capitalismo. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1995
- RIVORÉDO, C.R.S.F.: Cuidar e Tratar de Criança. Breve História de uma Prática. Taubaté - São Paulo, Ed. Cabral, 1995
- ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1979
- ROUSSEAU, J.J. Emílio, ou da Educação. São Paulo, Martins Fontes, 1995
- SAYEG, D.C.; DICKSTEIN, J.: Manual de Pediatria Ambulatorial. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, 1995
- SCHRAIBER, L.B. Educação Médica e Capitalismo. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1989
- _____ O Médico e seu trabalho. Limites da Liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993
- _____ (org) Programação em Saúde Hoje. São Paulo, Hucitec, 2ª ed, 1993
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA. São Paulo, 1976, mimeo
- SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE/ GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. II SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, São Paulo, 1986
- SEIDLER, E.: El desarrollo de la Pediatría Moderna in Entralgo, P.L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1974

- SILVA JUNIOR, A.G.: Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo de Saúde Coletiva. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FioCruz/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1996
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M.: Prevenir e Curar: O Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA/COMITÊ DE CUIDADOS PRIMÁRIOS: MANUAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Coord. Jocileide S. Campos. Soc. Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, 1994
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA: Catálogo de Sócios. Rio de Janeiro, 1987
- SPOSATI, A.O.: Memória de Higiene e Saúde Municipal da Cidade de São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde/Secretaria de Cultura. São Paulo, 1985
- SUCUPIRA, A.C.S.L. Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina USP, São Paulo, mimeo, 1981
- TANAKA, O.Y. Avaliação do Programa de Assistência à Criança da Secretaria de Saúde de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, mimeo, 1982
- TEIXEIRA, S.F. (org) Reforma Sanitária. Em Busca de uma Teoria. São Paulo, Cortez-Abrasco, 1989
- TEIXEIRA, S.M.F.: Estado Capitalista e Política Social. Rio de Janeiro, mimeo, sem data
- TELLES, W.: O Centenário do Ensino da Pediatria no Brasil. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, J.Ped., vol 52 (3), 1982

- TESTA, M.: Pensar em Saúde. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992
- THIOLLENT, M.: Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. São Paulo, Livraria e Ed. Polis, 1987
- VALLE, J.R. Título de Especialista em Pediatria. in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. História da Pediatria Brasileira. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996
- VASCONCELOS, J.F. Contribuição para a História da Pediatria Brasileira. in: AGUIAR, A. e MARTINS, E.M. História da Pediatria Brasileira. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996
- WEFFORT, F.: Qual Democracia? São Paulo, Companhia das Letras, 1992.