

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ANÁLISE DAS LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO  
EM UM SERVIÇO DE PUERICULTURA.

TESE DE DOUTORAMENTO

MARILIA BERNARDES MARQUES

CAMPINAS

1976

-I-

BIBLIOTECA CENTRAL

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

REITOR

Professor Doutor ZEFERINO VAZ

COORDENADOR GERAL DA UNIVERSIDADE

Professor Doutor PAULO GOMES ROMÃO

COORDENADOR GERAL DAS FACULDADES

Professor Doutor ROGERIO CEZAR CERQUEIRA LEITE

DIRETOR

Professor Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

CHEFES DE DEPARTAMENTOS e PROFESSORES TITULARES

Professor Doutor ARMANDO DE AGUIAR PUPO

Professor Doutor AURELIANO BAPTISTA DA FONSECA

Professor Doutor BERNARDO BEIGUELMAN

Professor Doutor GOTTFRIED KÖBERLE

Professor Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Professor Doutor JOSÉ LOPES DE FARIA

Professor Doutor JOSÉ MARTINS FILHO

Professor Doutor LUIZ SÉRGIO LEONARDI

Professor Doutor MANILDO FÁVERO

Professor Doutor MANUEL PEREIRA

Professor Doutor NUBOR ORLANDO FACURE

Professor Doutor OSWALDO VITAL BRAZIL

Professor Doutor RACHEL VILLELA FÁVERO

Professor Doutor RAUL RENATO GUEDES DE MELLO

Professor Doutor SILVIO DOS SANTOS CARVALHAL

Professor Doutor VICENTE AMATO NETO

PROFESSORES EMÉRITOS

Professor Doutor ANTONIO AUGUSTO DE ALMEIDA

Professor Doutor GABRIEL OLIVEIRA DA SILVA PORTO

NOTA. A Faculdade não aprova nem reprovaa as opiniões exaradas nas teses que lhe são apresentadas.

ÀS MÃES QUE FREQUENTARAM O  
SERVIÇO DE PUERICULTURA.

A MEMÓRIA DO MESTRE

PROFESSOR ANTONIO AUGUSTO DE ALMEIDA

" Era o tipo da mulher de subúrbio mesquinho, que - varre a casa, lava as panelas e prega os botões com as dores do parto, pare sozinha e se levanta três dias depois, - vai tratar da vida. Vida infeliz, vida porca. O homem para um lado, ela para outro, arrastando a filha pequena, a barriga deformada, estazando-se aguentando pancadas nos olhos. Talvez estivesse na véspera de ter menino, talvez estivesse no dia, talvez já sentisse as entranhas se contraírem. Rebolar-se-ia dentro de algumas horas na cama dura, a carne - cansada se rasgaria, os dentes morderiam as cobertas remendadas. E o macho ausente, ninguém para ir chamar a parteira dos pobres. Uma vizinha tomaria conta da casa, faria o fogo, prepararia tisanas, aos repelões, rosnando:-

- Porcaria. Que gente!

GRACILIANO RAMOS

ANGÚSTIA

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Aristodemo Pinotti, nosso orientador neste trabalho e no campo profissional.

Aos amigos Célia, Sérgio, Ana, Cristina, Francisco, Maria Dutilh e Maria, pelo apoio, pelo companheirismo e pela presença decisiva que tiveram na minha vida profissional.

A Senhorita Lais Florentino, auxiliar de enfermagem, pela participação efetiva junto ao Serviço de Puericultura.

Aos funcionários do Centro de Saúde de Paulínia.

Aos alunos e residentes dos Departamentos de Pediatria e Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e em particular à Verinha, Judith, Verônica, Cecília, Rosaly e David.

Ao Dr. Júlio Henrique Basso, pelas facilidades concedidas no uso dos arquivos do Centro de Saúde de Paulínia e da Divisão Regional de Saúde de Campinas.

Ao Dr. José Martins Filho, coordenador do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

À Sra. Maria Lilia de Paula Leite, pelo trabalho de dactilografia.

À minha amiga Maria Elisabeth Bortoletto, pelo trabalho de revisão de textos.

À Sra. Marizabel R. Rodrigues do Amaral, pelo auxílio na revisão de Bibliografia.

## I N D I C E

CAPÍTULO		Pág-
I	INTRODUÇÃO.....	1
II	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVO DO TRABALHO.....	7
III	CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CAMPINAS.....	15
IV	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE - PAULÍNIA.....	21
V	O SERVIÇO DE PUERICULTURA.....	28
VI	A POPULAÇÃO QUE RECORREU AO SERVIÇO DE- PUERICULTURA.....	69
VII	DAS LIMITAÇÕES E DAS POSSIBILIDADES DE - ATUAÇÃO.....	88
VIII	SUMÁRIO E CONCLUSÕES.....	116
	BIBLIOGRAFIA.....	121
	ANEXO 1.....	128
	ANEXO 2.....	133

I N T R O D U Ç Ã O

C A P Í T U L O - I -

## CAPITULO I

### INTRODUÇÃO -

Não poderíamos definir o presente trabalho como pesquisa, no sentido tradicional de elaboração de tese para concurso de doutoramento em medicina; não representa o resultado de um experimento estruturado para verificação de uma hipótese surgida de conhecimento de uma teoria. Traduz muito mais a necessidade sentida de uma maior reflexão teórica sobre uma prática médica exercida em uma dada realidade.

Nosso campo de observação, não surgiu de início como tal, mas foi assumindo este papel à medida que a autora, como técnica especializada no plano essencialmente biológico, foi incorporando um referencial teórico totalmente distinto do que até então possuía.

O ponto de partida situa-se em 1973, mês de novembro, sendo que nesta ocasião o campo de trabalho da autora era o berçário do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Houve então, um simpósio realizado para o grupo de professores encarregados do planejamento e execução do Programa de Atenção Materno-Infantil, durante o qual iniciou-se a incorporação de novos conhecimentos; através de discussões e análise crítica, conduzidas por um grupo possuidor de referencial teórico muitíssimo abrangente, qual seja o das ciências sociais aplicadas à medicina, visava-se transmitir novos conceitos para um grupo de técnicos.

As discussões centralizavam-se nas concepções sobre escolas médicas, tal como foram apresentadas por PINOTTI, et alii (1974), cujas características definiram como ".....duas configurações polares de faculdades de medicina, Tradicional e Inovada". Estas constituem "os extremos de um processo contínuo de várias dimensões, já que as formas de transição podem ser múltiplas, como a experiência histórica e atual demonstraram".

O esquema das características que compõe as duas configurações polares de faculdades de medicina, foi apresentado pelos autores da seguinte forma:

Configuração A (Tradicional)Configuração B (Inovada)

## Processo Global de Transformação

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Consciência Individual    | 1. Consciência Coletiva |
| 2. Compromisso Institucional | 2. Compromisso Social   |

## Sub-Processo de Transição

## I. Ensino

- |   |   |
|---|---|
| 1. Programa por disciplina  | 1. Estrutura programática - de ensino                                     |
| 2. Formação uniprofissional   | 2. Formação multiprofissional   |
| 3. Campo de treinamento basicamente hospitalar.                               | 3. Campo de treinamento na rede de Serviços de saúde                      |
| 4. Programa de extensão sob iniciativa e responsabilidade de um departamento. | 4. Programa de extensão sob iniciativa e responsabilidade da instituição. |

## II. Investigação

- |   |  |
|---|--|
| 1. Pesquisa predominantemente biológica | 1. Pesquisa predominante - mente bio-psico-social. |
|---|--|

## III. Assistência

- |   |   |
|---|---|
| 1. Prestação de serviços como instrumento de ensino | 1. Prestação de serviços - como objeto de estudos - para criação de modelos-reproduzíveis |
| 2. Unidade isolada e autônoma                       | 2. Unidade integrada na rede de serviços de saúde.  |

Assim, o Processo Global de Transformação, parte do princípio de que "a faculdade de medicina, em seu conjunto, possui objetivos próprios, determinados de acordo com seus compromissos com a sociedade e, que os elementos que a constituem devem orientar-se para esses objetivos, representando por conseguinte, um predomínio da "consciência coletiva" sobre a "consciência individual" da instituição, o que favorece o vínculo - universidade-sociedade e determina a estrutura da instituição!"

Para o Sub-Processo de Transição, a nível do Ensino, "a estrutura de programação dos planos de estudo se desvincula de certo modo do departamento pela existência de uma comissão de-

planos de estudo que define os objetivos e a política geral do curso...", com referência à formação multiprofissional, "todos ou quase todos os profissionais que se dedicam ao campo de saúde devem formar-se em uma única instituição", visando atender principalmente às necessidades de pessoal paramédico.

Com relação ao Programa de Extensão, estes devem permitir a faculdade "Diagnosticar os problemas da comunidade em matéria de saúde, o que se refletirá imediatamente em uma motivação mais objetiva para as investigações e para a determinação dos objetivos docentes. Criar um ambiente favorável ao treinamento de todo o pessoal que deve ser preparado e proporcionar modelos reproduzíveis de atenção médica".

Finalmente, com relação à Assistência, "a este respeito, a mudança se basearia essencialmente em considerar também a atenção médica como objeto de estudo e investigação".

Com a constituição de uma faculdade inovada, esta passaria a exercer um efeito demonstração sobre o subsistema educativo e, criaria um conflito com o subsistema de atenção médica, na sua tentativa de influenciar a implantação de um sistema de saúde planejado. Além do mais, atuaria como agente de mudança diante da organização social, no sentido de resolver as causas sociais das doenças, contribuindo para o desenvolvimento de uma sociedade que desfrute de bem estar físico, mental e social.

A descrição destes modelos faziam supor que "Para uma diferenciação qualitativa, as dificuldades estariam principalmente nos conflitos ideológicos que pressupõe a existência de um grupo que se opusesse ao tradicional; a obtenção por esse grupo de postos de direção; a formulação de uma ideologia por esse grupo e a indução por parte desse grupo dos subprocessos de transição".

O Programa de Saúde da Comunidade de Paulínia surgiu a partir de 1971 como elemento aglutinador dos vários grupos com tendências inovadoras existentes na Faculdade de Ciências Médicas e o Programa de Atenção Materno-Infantil, foi definido como um dos seus valiosos instrumentos, iniciando suas atividades no ano de 1974.

A escolha do Município de Paulínia decorreu da necessidade de se trabalhar em uma região que permitisse o enriquecimento do "modelo inovado" e que para tanto, deveria possuir: um centro urbano com características industriais, uma área

rural e dimensões que possibilitassem a instalação de uma rede de saúde em níveis de especialização crescente, até um hospital de referência.

Do ponto de vista operacional, pretendia-se uma área de saúde que fosse o ponto de encontro entre os serviços de saúde e a escola médica. A área de saúde constituiria então, um campo de convergência dos serviços previdenciários, dos serviços estatais (federais, estaduais e municipais), da escola médica (através de um programa de extensão, para o qual o hospital universitário daria a retaguarda necessária) e dos serviços privados. Estes componentes foram explicitados no documento "PLANO DE ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EM UMA REDE DE SERVIÇOS", do DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (1972).

O aspecto fundamental do Programa de Saúde da Comunidade, no que se refere ao ensino médico, seria o de possibilitar a formação do profissional médico através da utilização da rede de serviços, pelo atendimento da demanda previdenciária, indigente e inclusive do setor populacional de maior poder aquisitivo, que a ela demandasse espontaneamente. Com isto, pretendia-se romper com a atual adaptação dos profissionais exclusivamente no setor de clínica privada e à especialização, para os quais as atividades preventivas dirigidas à comunidade, constituem mercado de trabalho pouco atrativo.

No planejamento do Programa Materno-Infantil em 1974, uma equipe multiprofissional (da qual fez parte a autora), dedicou-se à elaboração e à execução do programa de funcionamento do Serviço de Puericultura.

Este grupo, procurando manter-se fiel ao espírito do Programa de Saúde da Comunidade, assumiu os seus princípios básicos, no que se refere às atividades assistenciais que foram assim expressados:

" 1. Que o Programa se constitua num modelo reproduzível, contendo um compromisso social em relação aos interesses e necessidades da comunidade.

2. Que as ações de saúde se efetuem tendo em conta a existência de duas formas de conhecimento em relação à medicina: o saber médico e o saber popular. Isto implica na não imposição do saber médico, que é estranho ao saber popular, mas na busca da síntese entre estas duas formas de conhecimento, a partir da qual irão se concretizar as ações de saúde.

3. Os indivíduos dele integrantes, devem ter presente - que as atividades de saúde realizadas, deverão ter sempre caráter explicativo e não autoritário, visando em primeiro plano, o trabalho educativo. O mesmo, deve ser realizado em todas as fases do atendimento e terá como objetivo, a apropriação do saber popular pelo profissional de saúde e a apropriação do saber médico pela comunidade. A ação médica e paramédica desenvolvida desta forma, transforma-se num instrumento-educativo e deixa de constituir um fim em si mesmo". (PROGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE PUERICULTURA DE PAULÍNIA/PAMI, 1974)

Para CHAVES (1974), "A justificativa para um programa - prioritário de saúde materno-infantil dentro do 'projeto nacional' encontra-se, por um lado, na ética humanista e por - outro, no interesse nacional. Como razão ética de justiça distributiva, trata-se de amparar um grupo vulnerável sobre o - qual incide uma parcela apreciável da morbidade e mortalidade gerais, principalmente quando se trata de grupos sociais de - menores recursos. Como interesse nacional, é bem sabido hoje, que a qualidade da população, em termos de realização do potencial genético de cada um de seus membros, está intimamente ligada aos cuidados dispensados nos primeiros anos de vida, - incluindo uma nutrição adequada, desde a vida intra-uterina. Um programa materno-infantil bem conduzido contribui ainda - para melhorar, a longo prazo, o "pool" genético da população, - através do componente de aconselhamento genético e de assistência durante o período interconcepcional".

Segundo BOLTANSKI (1969), a puericultura moderna tem suas origens na última década do século passado:

"L'élevage des nourrissons a toujours requis de la part des mères la mise en oeuvre d'un - certain nombre de savoir-faire spécifiques. Mais c'est seulement aux environs des années 1890 que la "puériculture", en même temps qu'elle se - trouve un nom, se constitue comme savoir autonome et s'organise autour de quelques principes - fondamentaux pour former un corps cohérent de - connaissances théoriques et de règles pratiques".

Entre nós, seus primórdios ocorreram também no final do - século passado, conforme pode verificar DUTILH (1975),

"Moncorvo Filho localiza o início da puericultura no Brasil em torno de 1890, e é mais ou menos a partir desta época que ele se dedica à difusão dos novos princípios de orientação materna, vindos da França: A divulgação intensa, contínua e tenaz dos conhecimentos de higiene infantil, impõe-se entre nós mais do que em qualquer outro país, por isso que dessa matéria, até poucos anos atrás, mal se ouvia falar, sendo notório o desconhecimento de seus mais rudimentares princípios na massa de nossa sociedade. Esta divulgação impõe-se ainda mais no seio da classe pobre, sem dúvida a parte mais densa da sociedade, e na qual, por todas as razões, dominam a ignorância, o preconceito e o analfabetismo".

C A P Í T U L O - I I -

## CAPITULO II

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVO DO TRABALHO -

Da apresentação feita do Programa de Saúde da Comunidade, é possível visualizar que nas suas origens, partiu-se da crítica ao tradicional: o tradicional referido às escolas médicas, o tradicional referido aos programas e às ações de medicina comunitária, o tradicional referido ao papel da equipe de trabalho e o tradicional referido ao próprio conceito de comunidade.

Torna-se necessário expor então, sobre as diferenças conceituais em relação ao tradicional que orientaram a sua criação, da mesma forma como foi feito para as configurações polares de faculdades de medicina.

Para tanto, recorreremos ao informe preliminar da REUNIÃO DO GRUPO DE ESTUDO SOBRE A MEDICINA COMUNITÁRIA (1975), da qual participaram elementos do Programa de Saúde da Comunidade.

Com relação aos programas de medicina comunitária tradicionais, a crítica feita referia-se aos pressupostos assumidos pelos mesmos... "em geral reconhecem uma homogeneidade entre o econômico, o social e o político, que passam a constituir variáveis interdependentes. A inexistência de uma hierarquia entre os componentes deste modelo, possibilita que se tente desencadear o processo de desenvolvimento a partir de educação, da habitação e do aumento da produtividade ou da saúde. A medicina comunitária se integra nesta concepção, quando trata de promover dinamicamente o setor saúde". Ao dimensionar desta forma os problemas da comunidade, "os programas atuam sobre os efeitos com o qual, no melhor dos casos, ficam condenados a um êxito temporal, já que o problema se reproduzirá, a curto ou a médio prazo, se não mudam as condições a nível das causas fundamentais", que seriam "em última instância, de natureza econômica".

O conceito de "comunidade", segundo a nova formulação, seria o de "população marginal", definido não mais pela sua localização geográfico-espacial, mas "por sua função como setor de reserva ou como base de controle do valor da força de trabalho e, desde o ponto de vista de sua localização real na sociedade global, pode ou não ocupar determinados espaços geograficamente separados das outras classes sociais".

A ação comunitária deve ser dirigida a "conhecer, vivificar e desenvolver essas formas de organização (da comunidade) e de expressão, à medida que representam uma trama cultural - rica em potencialidades de transformação. É preciso levar em conta este aspecto para não violentá-la e, menos ainda, considerá-la uma sub-cultura que é preciso deslocar, já que concepções desta natureza terminam em uma transferência mecânica de valores e de conhecimentos que levam a marcos de referência - opostos".

Deste modo, não se trata apenas de "difundir o saber médico na população, mas sim de lograr uma recuperação do mesmo - por parte da comunidade, a fim de que possa assumir um papel - protagônico mais direto em relação à saúde".

A equipe de trabalho deveria desempenhar duas funções básicas: uma de caráter predominantemente técnico e outra predominantemente social, devendo todos os componentes da equipe, - cumprir as duas funções.

O programa funcionaria então, como uma alternativa original, com relação aos programas de medicina comunitária tradicionais e, com uma perspectiva de reprodutibilidade.

A introdução no Programa de Saúde da Comunidade gerou - ainda, a necessidade de compreensão de outros aspectos conceituais para melhor responder à seguinte indagação: um programa de medicina de comunidade com estas proposições, é uma alternativa para que e para quem?

Como diz GARCIA (1972), " A prática médica e os conceitos básicos que esta utiliza, foram definidos em forma diferente - através da história e ainda dentro de um mesmo período histórico". Daí que, "de uma vez que a prática médica e o instrumental conceitual com que trabalha tenha variado historicamente, cabe indagar que determinantes produziram esta variação". Para responder a esta indagação, este autor parte da afirmativa de que a prática médica em suas variações, liga-se às - transformações históricas do processo de produção econômica: - " Em outras palavras, a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social". Com base nesta premissa, analisa as diferentes formas de articulação entre medicina e modos de produção (modo escravista, - modo feudal, modo capitalista), relatando que " no modo de produção capitalista, e especialmente com o surgimento da revolução industrial , o trabalhador perde o controle e a propriedade dos meios de trabalho; em consequência tem que -

vender sua força de trabalho para poder sobreviver".

A medicina articula-se com o processo de produção econômica, por constituir-se em uma atividade destinada à conservação e adaptação da força de trabalho.

Segundo expressa POLACK, (Apud GARCIA, 1972) " A atenção médica não é um produto, um objeto separável de seu agente, uma mercadoria suscetível de circular como um autêntico valor de troca. Este produto não desaparece ao ser consumido. Quando se dirige à força de trabalho, o ato terapêutico eleva o nível dessa força de trabalho ou contribui para a sua manutenção no quadro de sua reprodução. Ao contribuir a elevar o nível de produtividade, a atenção é indiretamente produtiva"...e mais adiante, "O sistema de atenção tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção, o trabalho".

Outro aspecto conceitual importante e que necessitou ser incorporado sob novo prisma é o de "classe social" e que comporta aparentemente muita discussão ("conceito ainda hoje um dos mais discutidos na sociologia, não se estabeleceu ainda acordo entre os sociólogos sobre ele"... , QUEIROZ, (1975).

GARCIA (1972) define as classes sociais como "grupos humanos que se diferenciam entre si, pelas relações em que se encontram frente aos meios de produção e, por conseguinte, pelo modo e proporção em que participam do produto social global. A desigualdade na distribuição não depende da diferente capacidade do indivíduo, senão da propriedade que tenha sobre os meios de produção. Isto faz com que os proprietários dos meios de produção se apropriem da maior parte da produção social".

QUEIROZ, (1975) prefere referir-se ao conceito da "sociedade de classes", que teria como características: uma hierarquização dos indivíduos, segundo a situação econômica avaliada pela sua renda, posição do indivíduo no processo de produção e o prestígio da profissão que exerce; uma homogeneidade nas classes quanto a nível de instrução, produtos consumidos, que significa enfim um mesmo gênero de vida ("O indivíduo pertencente a uma classe social tende a assemelhar-se a todos aqueles de sua classe pelo seu gênero de vida, pelos comportamentos e atitudes mentais semelhantes"); uma mobilidade social vertical (ascensão social) determinada fundamentalmente pela possibilidade de aquisição de bens; uma ascensão dificultada pela herança da posição social e existente de forma limitada ao plano individual e, a grupos de pequena envergadura (família, grupo profissional); uma concentração de profissões de maior

prestígio nas camadas superiores tornando aparente uma hierarquia social, que coloca no plano inferior a classe mais importante do ponto de vista quantitativo e, menos valorizada do ponto de vista social; uma posição recíproca de dominação-subordinação das camadas sociais que inspira os modelos de conduta que regulam o comportamento dos indivíduos. Enfim, uma sociedade onde os pontos de tensão se localizam entre os estratos sociais, com uma classe média ambígua, cujos interesses não coincidem com os das classes superiores nem com os das classes inferiores, e que entretanto, almeja identificar-se com a classe superior.

Esta menor valorização do ponto de vista social das classes menos favorecidas, traduz-se por um menor recebimento da produção material como: alimentos, roupas e habitação; e um menor acesso a serviços tais como os de atenção à saúde e cultura.

O Professor Hesio Cordeiro, em um ciclo de debates sobre o Sistema Nacional de Saúde, procurou deixar claro que "as desigualdades além de se manifestarem entre as várias regiões geopolíticas, existem dentro de cada região entre as classes sociais: assim, justamente a classe mais atingida pelas doenças que poderiam ser evitadas em grande parte, é a que tem menor acesso aos serviços de saúde e, quando tem, recebe um atendimento de baixa qualidade.... A clientela que deve ser submetida às ações de saúde não é definida e a avaliação qualitativa dos serviços prestados (eles estão ou não contribuindo para melhorar o nível da população?) inexistente. (Jornal "O Estado de São Paulo," 2 de maio de 1976)

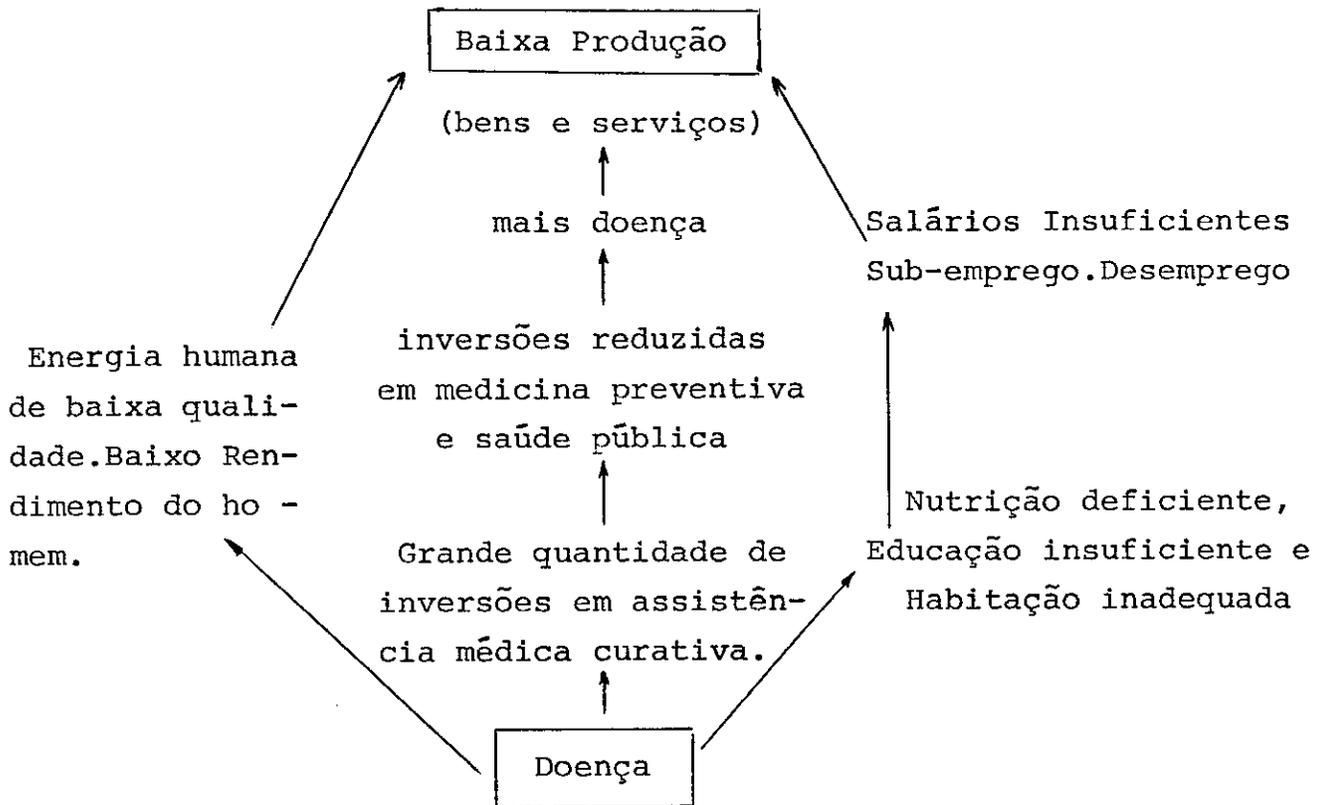
Estas afirmativas, tornam evidente uma postura crítica diante do Setor Saúde. Conhecer melhor esta crítica, tornou-se também uma necessidade. O trabalho fundamental neste sentido foi o de AROUCA, (1975), segundo o qual "nos países latino-americanos, encontramos a composição da chamada "morbidade moderna" e da "morbidade da pobreza" e...."uma justaposição da incapacidade de solução de problemas básicos, como sejam as doenças infecciosas e carenciais, com uma moderna tecnologia de transplantes cardíacos, unidades coronárias, etc. Ou seja, compõe-se precariamente uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social precariamente organizada e um setor de alta densidade de capital e de pequeno alcance social, e no entanto, de padrão internacional". De onde se conclui que "O Setor Saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento

médico"....."A medicina contemporânea caracteriza-se pela - crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional"....."O Setor Saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica e, centra suas ações sobre os "complexos de efeitos", reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços-médicos".

Com relação à Racionalidade e à Caracterização do Sistema de Prestação de Serviços, o autor descreve a distribuição assimétrica dos recursos médicos, não apenas quanto a distribuição geográfica dos mesmos, mas também com relação à variação qualitativa e quantitativa do serviço prestado, segundo o poder aquisitivo da população; aplicação das inovações científicas e difusão do conhecimento médico, apenas entre os estratos de maior renda; falta de coordenação e controle do sistema de atenção, que é feito por uma série de órgãos decisórios difusos e compartimentalizados, sem uma política explícita no setor; ausência de um sistema racionalizador de estatística - que sirva como orientador do planejamento global; inexistência de uma política de formação profissional (visualizada na pirâmide de profissionais de saúde, onde a proporção de médicos e de pessoal auxiliar é completamente invertida); uma tendência crescente à especialização no exercício profissional, com uma prática médica predominantemente tecnificada, impessoal e preferentemente hospitalar.

O atendimento recebido pela população menos privilegiada é em consequência: "escasso, descontínuo, de pouca acessibilidade, atomizado, impessoal, curativo e predominantemente sintomático" a nível da previdência social, (INPS) a nível de assistência prestada ao trabalhador rural (FUNRURAL) e a nível da Saúde Pública. Para AROUCA, " a Educação Médica estabelece, com a prestação de serviços, uma relação dinâmica em que esta determina as características da educação e reflete nela os seus problemas fundamentais". e aquela, por sua vez, "fornece os profissionais adequados às atuais condições de prática médica, bem como o grau máximo de sofisticação tecnológica, dentro dos limites de nossos recursos".

O quadro abaixo, apresenta de forma esquematizada o ciclo representativo da participação da doença na produção econômica dos países subdesenvolvidos (retirado de CUADRA, 1972):-



Para CRAVIOTO e DELICARDIE (1975) " a nível da comunidade, a desnutrição protéico-calórica é um distúrbio característico das classes mais baixas da sociedade, onde o sistema social - (consciente ou inconscientemente) cria mecanismos entre os - quais, acesso limitado aos benefícios e aos serviços, a limitada mobilidade social e as restritas oportunidades de experiência em pontos cruciais da vida, desempenham um papel principal".

De posse destes conceitos, poderemos responder à indagação feita anteriormente: o PROGRAMA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE PAULÍNIA surgiu como proposta alternativa ao Sistema de Saúde, correspondendo portanto, a uma proposta de investimento, que visaria inverter a concentração existente da medicina de alto custo e baixo impacto, pela concentração maior da medicina de baixo custo e elevado impacto. Deste modo, seu desenvolvimento e sua reprodução, contribuiriam para a elevação da produtividade do Sistema de Saúde e, portanto, da energia humana.

Porém segundo BELLUZZO (1975), "Desde que os meios de produção sejam monopolizados por uma classe social, eles se metamorfoseiam em "capital", cujo único destino e finalidade é o -

de expandir-se através da submissão e exploração da massa de produtores diretos. O trabalhador "livre" terá direito a seu salário, portanto, aos meios de vida necessários à sua subsistência, desde que ceda, gratuitamente, ao proprietário dos meios de produção, uma fração de seu tempo de trabalho cristalizado em mercadorias. O lucro aparece, desse modo, como um sobrevalor apropriado pelo capitalista e criado pelo trabalhador direto no "momento de produção". E mais, "As relações antagônicas de produção entre trabalho e capital se traduzem em relações de distribuição igualmente antagônicas: o desejo dos trabalhadores de melhorar suas condições de vida se contrapõe ao impulso dos capitalistas em expandir o valor de seu capital".

Cabe agora, avaliar em que medida o Programa de Saúde da Comunidade foi viável; poderemos fazê-lo unicamente através da prática desenvolvida a nível do Serviço de Puericultura, por ter sido este, o instrumento do programa que, na sua evolução manteve sempre presente os princípios citados anteriormente. Tentaremos avaliá-lo, no que se refere ao sub-sistema assistencial, posto que, na etapa de implantação do serviço a que se reportará, este foi o aspecto desenvolvido com maior ênfase.

Dizíamos inicialmente, da necessidade sentida de uma maior reflexão teórica sobre a prática médica desenvolvida em uma dada realidade. Deste modo, estaremos procurando responder à seguinte indagação:-

Quais os limites e quais as possibilidades de atuação de um Serviço de Puericultura que, segundo o novo enfoque delineado, surge como uma alternativa em relação ao tradicional?

É o que tentaremos responder a seguir, sem almejar esclarecer definitivamente a esta indagação, mas deixar em aberto a possibilidade para inúmeras outras perguntas, as quais atualmente não nos é possível responder.

Inicialmente, procuraremos caracterizar a área onde se localizou o campo de ação, nos seus aspectos peculiares e representativos do Sistema de Saúde e dos processos sociais decorrentes do atual modelo econômico e político brasileiro.

Em seguida, apresentaremos as atividades do Serviço de Puericultura e alguns resultados do encontro com a população que a ele recorreu, descrevendo a forma como se processou o trabalho da equipe multiprofissional responsável pelas mesmas, no desempenho das funções técnicas e sociais. Assim, serão apresentados os procedimentos adotados pela equipe, no que se

refere ao preparo do pessoal paramédico, para o domínio das técnicas necessárias à execução das tarefas a ele delegadas e, no modo de utilização das mesmas perante a população.

Finalmente, será feita a apresentação da parte que para nós ofereceu as maiores dificuldades na tentativa de seu detalhamento, qual seja, a descrição da população que recorreu ao Serviço de Puericultura e, para a qual o programa se propunha a ser alternativa de solução para seus problemas de saúde.

Após a descrição empírica, realizaremos a análise teórica, partindo do modelo econômico e político brasileiro e dos processos sociais por ele determinados, para estabelecer as relações existentes entre os mesmos e a população que recorreu ao serviço e, finalmente, articular os resultados obtidos pela prática desenvolvida à totalidade social.

C A P Í T U L O -III-

## CAPITULO III

CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CAMPINAS-

Os dados apresentados a seguir foram obtidos da publicação da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo "DIAGNÓSTICO DA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CAMPINAS" (1972).

O município de Paulínia está situado na 5ª. Região Administrativa do Estado de São Paulo, Região de Campinas, a qual limita-se ao norte com o Estado de Minas Gerais, situando-se entre as importantes regiões da Grande São Paulo e do Oeste Paulista.



A região de Campinas está dividida em 11 sub-regiões, tendo a cidade de Campinas como capital regional. A população na região alcança 2.500.000 habitantes, equivalendo a 12% do total estadual, repartidos entre 83 municípios.

Trata-se de região que vem atravessando um processo de transformação intenso na sua base produtiva: tradicionalmente assentada no setor primário pela excelente qualidade de suas terras, sofre atualmente uma crescente expansão industrial, com um decorrente declínio do contingente rural de população-

e uma urbanização crescente.

A urbanização da região foi efetivamente iniciada após o declínio do café nos anos trinta, coincidentemente com a crescente industrialização da Região da Grande São Paulo, a ela fronteira; em decorrência de sua localização estratégica para novas inversões no setor secundário, configurou-se como área de descentralização da Grande São Paulo.

Apresenta movimentos migratórios internos destacados, sendo as sub-regiões de Campinas, Jundiaí, Piracicaba e Limeira as que aparecem como as grandes receptoras dos contingentes de população, enquanto que paradoxalmente, as demais regiões vem perdendo população.



O setor primário da região revela um predomínio das atividades agrícolas, tendo porém, a produção animal uma importante participação (particularmente no que se refere à avicultura). Embora a produção agrícola seja bastante diversificada, ocorre um predomínio da cultura canavieira, sendo a região considerada, como a principal área canavieira do estado.

O setor secundário conta com um poderoso quadro fabril e, o setor comercial é bastante influente, assumindo os dois, papel relevante na economia estadual.

Com relação aos indicadores de nível de saúde da população local, em 1970 a região apresentou um coeficiente de mortali-

idade infantil de 75,4 por 1000 nascidos vivos, inferior à média estadual no mesmo ano que foi de 83,6, embora intraregionalmente, o maior coeficiente verificado naquele ano tenha alcançado a cifra de 128,1 óbitos em menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos (BRAGANÇA PAULISTA). Na Tabela 1 apresentamos os indicadores de saúde baseados nas estatísticas vitais, correspondentes ao período de 1971 a 1974 (dados fornecidos pela Divisão Regional de Saúde de Campinas, DRS 5 evolução do total regional).

Tabela 1. Indicadores do Nível de Saúde Correspondente à Região de Campinas.

Anos				
Coeficientes	1971	1972	1973	1974
Coef. Mortal.				
Infantil (1000 n.v.)	72,5	73,4	76,4	75,1
Mortalidade				
Geral (1000 h.)	8,1	8,2	8,6	9,0
Natalidade (1000 h.)	25,4	27,2	26,5	30,5
Mortalidade Perinatal (1000 n.v.)	20,1	20,4	26,7	23,6
Natimortalidade (1000 n.v.)	-	29,3	29,3	33,6
Mortalidade Neonatal (1000 n.v.)	33,8	30,7	33,4	35,2
Mortalidade Proporcional	-	50,1	33,4	54,2

FONTE: Divisão Regional de Saúde de Campinas, DRS/5.

O agravamento da saúde infantil vem sendo progressivo nos últimos anos, principalmente no grupo de menores de 1 ano, como pode ser melhor observado no quadro que se segue:-

Mortalidade Infantil na Região de Campinas (1966-1974)

Anos	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Mortalidade Infantil	67,4	67,3	67,6	72,2	75,4	72,5	73,5	76,4	75,1

Fonte: Divisão Regional de Saúde de Campinas.

Verifica-se que ocorre um predomínio do componente de mortalidade infantil tardia em relação à mortalidade neo-natal, - como é característico para as áreas consideradas menos desenvolvidas e, contrário ao verificado nos países mais adiantados.

Entre as causas de óbito, chama atenção o predomínio das - evitáveis, próprias das baixas condições sócio-econômicas, vinculadas a saneamento básico, habitação e nutrição. No que se - refere a saneamento básico, a Região de Campinas é considerada deficitária: o abastecimento de água revelava em 1972, um 'déficit' de 18% e os serviços de esgotos eram deficitários em - 31,9% no mesmo ano.

Assim, causas respiratórias agudas, diarréicas, acidentais - e infecto contagiosas aparecem disputando pelo primeiro lugar. A desnutrição, que seguramente atinge níveis elevados em todas as idades, raramente figura como causa em função da inexistência de critérios diagnósticos e de nomenclatura padronizados. Da mesma forma, a elaboração das estatísticas de morbidade - por causas é imprecisa.

Porém, são também particularmente elevadas, as taxas obser - vadas nos menores de 28 dias de idade (mortalidade neo-natal). Esta, por sua vez, é decorrente em grande parte do componente - verificado nos menores de 7 dias (mortalidade neo-natal pre - coce), onde principalmente ocorrem óbitos nas primeiras 24 ho - ras de vida.

As elevadas taxas de mortalidade perinatal decorrem das - altas cifras de mortalidade neonatal precoce, às quais se so - nam as taxas de natimortalidade. Particularmente para esta úl - tima, embora o mesmo possa ser dito para os demais indicadores, os valores obtidos não são reais, face a grande porcentagem de sub-registro existente. A prematuridade é um problema relevan - te, que influencia negativamente sobre as taxas de mortalidade infantil e perinatal em todos os seus componentes

A elevada ocupação dos leitos de maternidade, força a alta

precoce e em decorrência da mesma, várias das patologias que acometem ao recém-nascido, como os distúrbios metabólicos, as icterícias e as septicemias, terminam escapando do controle - pediátrico, contribuindo para, além de aumentar as cifras de mortalidade neonatal, provocar sequelas invalidantes de diferentes graus.

Para a morbimortalidade perinatal, contribui em grande - parte a ausência de controles de pré-natal ou a má qualidade - dos mesmos, assim como a precária assistência hospitalar à - gestante e ao recém nascido.

Com relação aos serviços prestados nos 109 centros de saú - de mantidos pelo governo do Estado na região, na maioria dos - quais funcionam as chamadas áreas de saúde materna e da crian - ça, considera-se o fornecimento de leite em pó como sendo pro - fundamente questionável na sua forma atual, e não avaliado - quanto ao seu aspecto fundamental, qual seja o de terapêutica - ambulatorial da desnutrição no 1º ano de vida.

No que se refere à vacinação, embora as taxas de cobertu - ra vacinal da população de 0 a 1 ano sejam elevadas, como se - observa no quadro seguinte, o fluxo migratório intenso termi - na por influenciá-la negativamente.

Cobertura Vacinal (%) do Grupo Etário de 0 a 1 ano  
em 1975 na Região de Campinas.

Tríplice.....	74,5%	Sabin.....	75,2%
Dupla.....	4,0%	BCG oral.....	95,5%
Anti-Variólica.....	98,8%	Sarampo.....	67,9%

Fonte: - Inspetoria da Área de Enfermagem da Divisão Regional de Saúde de Campinas.

A cidade de Campinas, principal núcleo urbano da região, - é considerada tradicionalmente como um centro médico-hospita - lar.

A apresentação do próximo quadro é bastante reveladora do papel de Campinas como polarizadora no setor saúde:

Procedência dos Doentes em %.Ano de 1973

Campinas	Região de Campinas	Fora da Região	Outros Estados	Total
66,4%	14,9%	14,0%	0,7%	100%

Fonte:- Pesquisa - S.E.S.E. da "EMDEC".

(Quadro reproduzido da compilação de dados de Campinas - fornecida pela Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas, atendendo à solicitação da Divisão Regional de Saúde de Campinas.)

Dados obtidos do fichário do "Albergue Noturno" de Campinas, revelaram que o movimento registrado nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1975 foi de 3.580 migrantes entre adultos e menores; em termos de procedência, o maior afluxo - corresponde aos estados de Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso, além de intensa migração intra-estadual para o município. Os principais motivos para a vinda em ordem de prioridade foram: em primeiro lugar a solicitação de passe, em segundo a busca de emprego e finalmente, em terceiro lugar a necessidade de tratamento médico, em uma lista com inúmeros outros motivos.

Entretanto, comparando a região segundo o critério de 1 - médico para cada 1000 habitantes, a mesma apresenta condições insatisfatórias, verificando-se em 1972 uma relação de 0,57,- com grandes variações internas; no município de Campinas, a - relação obtida naquele ano foi de 1,42, enquanto que na sub - região de Bragança Paulista esta mesma relação foi de 0,16.

Deste modo, verifica-se que ocorre principalmente uma con - centração de médicos na capital regional.

Também o número de leitos hospitalares gerais é insufi - ciente (com um deficit de 187 leitos em 1972) Quanto a leitos especializados, a região foi considerada como bem servida - (com 2,9 leitos por 1000 habitantes), havendo entretanto, uma maior concentração de leitos destinados a determinadas espe - cialidades, como a psiquiatria, em detrimento de outras mais - prioritárias como a fisiologia.

C A P Í T U L O -IV-

CAPÍTULO IV

Características Gerais do Município de Paulínia

Até 1964, ano em que se decretou sua emancipação, Paulínia era Distrito Agrícola do Município de Campinas, um pequeno lugarejo composto de algumas ruas e casas localizadas ao redor - de uma igreja.

Famoso pelos seus rios, Atibaia e Jaguari, era então o lugarejo apenas lembrado pelos pescadores de fins de semana, que para lá se dirigiam em busca de recreação.

Nos primeiros anos após sua emancipação, o crescimento do município foi inexpressivo e, até hoje, não se pode dizer que tenha ocorrido uma total consolidação de Paulínia como cidade. Verifica-se ainda, grande fluxo populacional com Campinas e dependência de muitos dos serviços urbanos da "cidade grande", - da qual dista em aproximadamente 20 quilômetros.



FIGURA 3.

O MUNICÍPIO DE PAULÍNIA

NA SUBREGIÃO DE CAMPINAS.

A singularidade atual do município reside na transformação de sua economia, tradicionalmente baseada no setor agropecuário, para o de industrialização especializada, iniciada com a instalação da Refinaria do Planalto Paulista, que a Petrobrás levou a cabo e que vem operando desde janeiro de 1972.

Este empreendimento desencadeou o processo de industrialização, recebendo a pequena cidade em ritmo acelerado um polo petroquímico altamente diversificado, com várias empresas em atividade ou atravessando as diversas fases do ciclo de implantação.

Para absorver o impacto do desenvolvimento industrial, seria necessário o desenvolvimento paralelo de uma cidade com vida urbana estruturada, tal como a prevista no PLANO URBANÍSTICO e de DESENVOLVIMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA, elaborado em 1970. Entretanto, apenas uma pequena parcela da população urbana é abastecida pela rede de água (3.145 habitantes em 1970) e os esgotos também beneficiam proporcionalmente a poucos habitantes ("a cidade conta apenas com uma pequena rede coletora que atende à sua área mais central", como consta no Plano Urbanístico de 1970). Estas características do saneamento básico no município, não sofreram maiores modificações até 1975, continuando o mesmo bastante deficitário.

Um dos maiores problemas da região é o da contaminação do rio Atibaia, alternativa de manancial para o abastecimento de água do município e que se vê bloqueada pelo recebimento dos esgotos domésticos e industriais de grande parte de Campinas e de várias outras cidades próximas, como Vinhedo, Valinhos, Itatiba e Atibaia, recebendo ainda em Paulínia, os esgotos industriais da PHODIA e da REPLAN.

O desenvolvimento industrial no município também pode ser avaliado pelo grau de poluição, decorrente do processo de queima dos resíduos industriais e de combustível dos numerosos caminhões que cruzam diariamente a cidade.

Com relação ao setor econômico primário, segundo GUSHIKEM, (1974), a Prefeitura Municipal possuía 695 propriedades agrícolas cadastradas. Deste total, 524 (75,4%) constituíam pequenas propriedades (com área inferior a 10 hectares); 159 (22,8%) eram propriedades médias (área entre 10 e 100 hectares) e 12 (1,8%) eram grandes propriedades (com área superior a 100 hectares). Estes números, revelam o fracionamento da terra no município, que se processou em ampla escala na região de influência de Campinas, onde, da monocultura do café, após a crise de 1929, passou-se para a policultura, com subdivisão das fazendas de fraca produção.

As atividades são bastante diversificadas, abrangendo a pecuária e a agricultura, sendo que nesta os principais produtos são o algodão, a cana de açúcar, o milho e a laranja.

MELLO, (1975) observou na Região da Alta Sorocabana, que -

o aumento do número de pequenas propriedades também pode ser entendido como parte de um processo de desaparecimento das mesmas: "O aumento do número de pequenas propriedades se fez em grande parte às custas do fracionamento das mesmas, fato que permite concluir sobre o caráter provisório da tendência ao maior fracionamento da terra na região", e conclui ainda que "a tendência à formação do latifúndio, como decorrência da transformação da economia rural, é alguma coisa cuja apreensão total exige uma abordagem que vai além dos limites da região da Alta Sorocabana".

Segundo o Recenseamento Geral de 1970 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Censo realizado em 1973 pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, a população de Paulínia distribuía-se da seguinte forma:

1970.....	10.636 habitantes	-zona urbana-	3.674	(34,5%)
		zona rural	-6.962	(65,5%)
1973.....	12.458 habitantes	-zona urbana-	6.774	(54,5%)
		zona rural	-5.684	(45,5%)

A pequena cidade, de pouco mais de 3.000 habitantes na zona urbana, com densidade demográfica em 1970 de 72,3 hab/Km<sup>2</sup>, passou a receber grande número de pessoas, motivadas pelas possibilidades de mercado e ocupação. O fenômeno de migração crescente verificado em direção ao município, expressa-se no quadro de população, que revela aumento de 20% no contingente urbano ocorrido em curto período de 3 anos. Grande parte dos que chegam a Paulínia são provenientes de regiões agrícolas tradicionais: Paraná, Minas Gerais e Oeste Paulista.

O município apresenta uma estrutura de população com predomínio de crianças e adultos jovens. Segundo os dados obtidos pelo censo de 1973, a população infantil (de 0 a 15 anos) correspondia a 40,5% do total e, apenas 4,2% do total da população tinha 60 anos ou mais de idade.

A população materno-infantil, representada pelos grupos de menores de 15 anos e de mulheres em idade fértil, isto é, entre 15 e 49 anos, correspondia a 48,8% do universo local, - distribuição percentual esta, que é inferior à verificada para a Região de Campinas (que em 1970 equivalia à cerca de 60% do total regional de população).

A população infantil de 0 a 1 ano em 1973 equivalia a 3,2% do total, com a seguinte composição por sexo e por procedência:

Tabela 2. Distribuição da População Infantil de 0 a 1 Ano, Segundo Sexo e Procedência:Paulínia, 1973.

Sexo	Procedência		
	Urbana	Rural	Total
Feminino	116	85	201
Masculino	116	85	201
Total	232	170	402

FONTE:- Censo realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM.UNICAMP.

Em termos vegetativos, a população cresce à cerca de 3% ao ano, mas como a corrente migratória em direção ao município é intensa, estima-se que em 5 anos a população deverá dobrar. Para 1980 estão previstos 30.000 habitantes, segundo o PLANO URBANÍSTICO e de DESENVOLVIMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA (1970).

Este enorme crescimento populacional se processa sem que, - as melhorias infraestruturais realizadas e necessárias para - criar condições adequadas à fixação do trabalhador que chega - ao município, o acompanhem paralelamente.

Com relação aos indicadores do nível de saúde da população local, baseados nas estatísticas vitais, apresentamos a seguir, os resultados do levantamento efetuado para obtenção dos dados de Mortalidade Infantil, por ser este, o índice diretamente - vinculado ao grupo etário referido no presente trabalho.

Um aspecto fundamental no estudo da mortalidade no Município de Paulínia é a evasão de óbitos, que ocorre principalmente em função da inexistência de hospitais na cidade. Tendo em - conta este aspecto, realizamos a presente análise à partir de - dados levantados das seguintes fontes:

1. Mapa Demográfico Sanitário da V Divisão Regional de Saúde (MDS/DRS-5), Regional de Campinas.

Deste modo foi possível obter todos os óbitos hospitalares e ocorridos em outras entidades médico-assistenciais da -

região e procedentes de Paulínia.

Desta mesma fonte foram obtidos os totais anuais de nascimentos vivos.

## 2. Arquivos do Centro de Saúde de Paulínia.

Foi possível obter todos os óbitos que foram notificados por declaração espontânea da população, diretamente na Unidade Sanitária. Assim, pudemos verificar que no ano de 1975, ocorreram 4 óbitos que não constam do MDS/DRS-5. Desta forma foi possível detectar alguns casos de sub-registro.

Na Tabela 3 apresentamos o número de nascimentos vivos, segundo o sexo, nos anos de 1974 e 1975.

Tabela 3. Nascidos Vivos Segundo Sexo, no Município de Paulínia, 1974 e 1975.\*

Sexo	1974	1975
Masculino	186	208
Feminino	169	216
Total	355	424

\*Fonte : MDS/DRS-5

Na Tabela 4 apresentamos os óbitos, segundo grupos etários e obtidos do MDS/DRS-5. Na Tabela 5 são apresentados da mesma forma os óbitos obtidos do levantamento realizado nas duas fontes.

Tabela 4. Óbitos em Menores de 1 Ano, Segundo Idade, no Município de Paulínia, 1974 e 1975.\*

Idade	1974	1975
menores de 1 dia	2	0
1 a 6 dias	4	1
7 a 28 dias	2	1
29 dias a 11 meses	14	16
Totais	22	18

\* Fonte : MDS/DRS-5.

Tabela 5. Óbitos em Menores de 1 Ano, Segundo Idade, no Município de Paulínia, 1974 e 1975\*

Idade	1974	1975
menores de 1 dia	2	0
de 1 a 6 dias	4	1
7 a 28 dias	2	1
29 dias a 11 meses	14	20
Totais	22	22

\*Fontes: MDS/DRS-5 e Arquivos do CS de Paulínia

Com relação ao coeficiente de nati-mortalidade, em 1974 foram notificados 10 casos e em 1975 8 casos (MDS/DRS-5). Em anexo apresentamos a relação dos óbitos ocorridos no período considerado (ANEXO 1)

A seguir apresentamos os coeficientes de mortalidade específicos por idade, obtidos para 1974 e 1975, comparados com as cifras existentes para o município de Campinas (1974 e 1975)

Tabela 6. Coeficientes de Mortalidade Infantil e de Natimortalidade; Municípios de Paulínia e de Campinas (1974-1975)

Local	Município de Paulínia		Município de Campinas *	
	1974	1975	1974	1975
Coeficientes				
Coefic.Mortal.Infantil (por 1000 n.v.)	61,97	42,45 (51,88)***	67,30	76,70
Coefic.Mortal.Infantil Tardia (por 1000 n.v.)	39,43	37,73 (47,16)	28,70	38,90
Coefic.Mortal.Neonatal (por 1000 n.v.)	22,53	4,71	22,20	21,80
Coefic.Natimortalidade	28,16	18,86	27,60	20,60

\* Fontes: Dados fornecidos pela Divisão Regional de Saúde de Campinas..

\*\*\* Valores correspondentes ao levantamento das duas fon-

tes (MDS/DRS-5 e Arquivos do C.S. de Paulínia).

As relações observadas entre os óbitos ocorridos nos grupos de 0 a 28 dias (mortalidade neo-natal) e de 29 dias a 11 meses (mortalidade infantil tardia), evidenciam o predomínio destes últimos. Este padrão de mortalidade infantil, do mesmo modo como foi observado para a Região de Campinas, permite colocar o Município de Paulínia no grupo das áreas menos desenvolvidas, segundo GABALDON (apud SILVA e CASTILHO, 1972).

C A P Í T U L O - V -

CAPÍTULO VO Serviço de Puericultura.

O Serviço de Puericultura do Centro de Saúde do Município de Paulínia iniciou suas atividades aos 8 de maio de 1974.

O Programa de Funcionamento inicial estabelecia o seguinte calendário de controles para crianças entre 0 e 24 meses de idade:

Calendário de Controles

Idade em meses	Controles por médico	Controles por paramédico	Concentração dos controles por idade
1º mês	2	-	2
2º mês	-	1	
3º mês	1	-	
4º mês	-	1	5
5º mês	-	1	
6º mês	1	-	
7º mês	-	(1) *	
8º mês	-	1	
9º mês	-	(1) *	3 (6)
10º mês	-	1	
11º mês	-	(1) *	
12º mês	1	-	
15º mês	-	1	
18º mês	1	-	3
24º mês	1	-	
Total	7	6 (9) *	13 (16) *

\* apenas para crianças matriculadas no lactário.

Através da realização destes controles efetuados de forma precoce, contínua e periódica, pretendia-se contribuir para o alcance dos objetivos gerais de proporcionar condições favoráveis para a evolução normal do processo de crescimento e de

envolvimento. O conteúdo destes controles é formado pelas ações dirigidas à prevenção de doenças transmissíveis (vacinações), de problemas nutricionais (orientação alimentar e fornecimento de leite em pó), de processos morbidos mais comuns pela educação sanitária e por ações de medicina curativa, sempre que necessárias.

As metas previstas pelo programa eram as de alcançar uma captação equivalente a 70% das crianças entre 0 e 30 dias de idade, de controlar o processo de crescimento e desenvolvimento de 60% das crianças entre 0 e 1 ano e de 50% das crianças entre 1 e 2 anos de idade, residentes no Município.

A equipe responsável pela elaboração do Programa de Funcionamento e pela execução do mesmo, era constituída por elementos dos Departamentos de Pediatria e Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Participavam da mesma: médicos especializados em pediatria e em nutrição humana (2), antropóloga (1), psicóloga (1), auxiliar de enfermagem (1), atendentes (2).

No período considerado para o presente trabalho (de 8/5/74 a 22/9/75), o serviço contou com um número de médicos que variou de 1 a 5 por dia, entre os quais, médicos residentes dos dois departamentos e alunos do 6º ano do curso de graduação.

Foram realizadas várias reuniões, para as quais era fornecido material bibliográfico pertinente ao temário geral de puericultura e referente à problemática vivenciada. Procurou-se alcançar além do aprimoramento técnico (principalmente referente à padronização na obtenção dos dados antropométricos e avaliação do estado nutricional), os princípios que nortearam o trabalho educativo: que as atividades de saúde realizadas tenham caráter explicativo e não autoritário, visando a apropriação do saber popular pelo profissional de saúde e a apropriação do saber médico pela comunidade.

Com relação ao pessoal médico, tiveram particular importância as discussões que envolviam problemas de relacionamento entre médico e paciente (era realizada para tanto, a observação da consulta médica pela psicóloga e pelo antropóloga do serviço).

Foi efetuada reciclagem interna do pessoal, e assim, muitos dos controles paramédicos foram realizados pelo pessoal médico, pela antropóloga e pela psicóloga. Esta reciclagem ofereceu interessantes possibilidades para discussões dirigidas à maior integração possível dos membros da equipe, no trabalho desenvolvido. A abordagem interdisciplinar visou a maior com -

preensão de situações representativas e que, segundo uma visão unidimensional passariam despercebidas em suas implicações: - interessou particularmente analisar a oposição entre indivíduos institucionalmente vinculados entre si e em relação a população, oposição esta, que emergisse dos discursos observados.

Serão apresentados a seguir os seguintes dados referentes às atividades do serviço e à população infantil matriculada:

1. Evolução das matrículas efetuadas de crianças de 0 e 24 meses de idade.
2. Evolução do tipo de aleitamento verificado entre as crianças de 0 a 24 meses de idade, por ocasião da matrícula.
3. Distribuição dos comparecimentos de crianças matriculadas - quanto ao tipo de atendimento efetuado.
4. Distribuição das baixas (evasão) de crianças matriculadas, segundo diferentes categorias.
5. Critério de avaliação das crianças matriculadas por risco de adoecer e/ou morrer.
6. Avaliação do estado nutricional das crianças entre 0 e 12 meses de idade matriculadas no serviço.

#### 1. EVOLUÇÃO DAS MATRÍCULAS EFETUADAS DE CRIANÇAS ENTRE 0 e 24-MESES DE IDADE.

Até o dia 22 de setembro de 1975, registravam-se no Serviço de Puericultura 804 crianças matriculadas, na faixa de 0- a 2 anos. Na tabela 7 apresentamos o resultado do levantamento de captação correspondente ao período de 8/5/74 a 22/9/75. No período anterior ao dia 8/5/74 estavam matriculados no Centro de Saúde 140 crianças que foram incorporadas pelo Serviço de Puericultura após esta data, e destas a matrícula mais antiga data de outubro de 1972. Verifica-se que a oscilação mensal do número de matrículas variou de 57 (8,6%) no mês de abril de 1975 a 22 (3,3%) no mês de fevereiro de 1975.

Através de dados fornecidos pelo cartório local, ao Centro de Saúde encontramos que 86% das crianças nascidas entre 8/5/74 e 31/4/75 e residentes no município achavam-se matriculadas. Consultando-se o Mapa Demográfico Sanitário da V Divisão Regional de Saúde do Estado de São Paulo (Região de Campinas), encontramos 355 crianças nascidas vivas no ano de 1974, e 424 no ano de 1975 para o município de Paulínia. De 8 de maio de 1974

a dezembro do mesmo ano, como pode ser observado, matricularam-se 294 crianças o que corresponderia a 83% do total de nascidos vivos no período, se não fosse considerado o movimento migratório.

Tabela 7. Levantamento da Captação-Período de 8/5/74 a 22/9/75

Meses do Período	Número de Matrículas		Número de Nascidos* Vivos/Trimestral
	abs.	%	
Maio/74	30	4,5	90 (Abr/Maio/Junho)
Junho	45	6,8	
Julho	40	6,0	90 (Julho/Ag./Set.)
Agosto	27	4,1	
Setembro	42	6,3	
Outubro	47	7,1	94 (Out./Nov./Dez.)
Novembro	35	5,3	
Dezembro	28	4,2	
Janeiro/75	35	5,3	103 (Jan./Fev./Mar.)
Fevereiro	22	3,3	
Março	35	5,3	
Abril	57	8,6	107 (Abr./Maio/Jun.)
Maio	48	7,2	
Junho	46	6,9	
Julho	47	7,1	123 (Julho/Ag./Set.)
Agosto	54	8,1	
Setembro	26	3,9	
Totais	664	100,0	607

\* Fonte: Mapa Demográfico Sanitário da V Divisão Regional de Saúde

Com relação à captação nas diversas faixas etárias (Tabela 8), 76,5% das matrículas foram efetuadas entre 0 e 105 dias de vida.

Tabela 8. Levantamento da Captação nas Diversas Faixas Etárias.  
Período de 8/5/74 a 22/9/75.

Idade	Número Absoluto	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada.
0-45 dias	317	47,7	47,7
46-75 dias	126	19,0	66,7
76-105 dias	65	9,8	76,5
4 meses	49	7,4	83,9
5 meses	27	4,1	88,0
6 meses	19	2,9	90,9
7 meses	12	1,8	92,7
8 meses	17	2,6	95,3
9 meses	6	0,9	96,2
10 meses	8	1,2	97,4
11 meses	13	1,9	99,3
12 meses	3	0,4	99,7
13 ou mais	2	0,3	100,0

A evolução da captação nas diversas faixas etárias, analisada por trimestres do período, como pode ser observado na Tabela 9, revelou tendência ao aumento de matrículas em idades mais próximas ao nascimento : observa-se que ocorreu uma elevação de 41,1% para 58,5% entre as matrículas de 0 a 45 dias de idade e, diminuição proporcional de 28,6% para 22,4% de matrículas entre 46 e 105 dias de idade.

Tabela 9. Evolução Trimestral da Captação por Idade  
Período de Junho de 1974 a Agosto de 1975

Trimestre do período	Total de matrículas	Grupos de Idade			
		0-45 dias		46-105 dias	
		abs.	%	abs.	%
junho/julho/agosto	112	46	41,1	32	28,6
set./out./novembro	124	51	41,1	35	28,2
dez./jan./fevereiro	85	36	42,3	35	41,2
março/abril/maio	140	76	54,3	35	25,0
junho/julho/agosto	147	86	58,5	33	22,4
Totais	608	295	48,5	170	23,0

2. EVOLUÇÃO DO TIPO DE ALEITAMENTO VERIFICADO ENTRE AS CRIANÇAS DE 0 24 MESES DE IDADE POR OCASIÃO DA MATRÍCULA.

No Serviço de Puericultura de Paulínia, a distribuição de leite em pó fundamenta-se pela presença de Hipogalactia ou Agalactia (diagnóstico dado após avaliação por médico, com base na saciedade da criança e na evolução ponderal, marcando-se para tanto um controle para verificação da sua oscilação, em um intervalo de tempo relativamente curto e, após as necessárias correções de técnica de amamentação existentes e a valorização do leite materno); na presença de Desnutrição (atual ou potencial) e na avaliação da situação econômica familiar. As quantidades mensais oferecidas por criança, são as estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde, órgão fornecedor do leite em pó: 4 latas de meio quilo por criança; entretanto, em muitos dos casos, tem sido feita cobertura praticamente global.

O tipo de aleitamento apresentado pelas crianças entre 0 e 12 meses de idade, por ocasião da matrícula no Serviço de Puericultura, é apresentado na Tabela 10 e na Figura 4.

Tabela 10. Levantamento do Tipo de Aleitamento por Ocasião da Matrícula Segundo Idade em Meses.

IDADE EM MESES	Tipo de Aleitamento									
	Materno		Misto		Artificial		S/Declaraç.		Totais	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
- 1 mês	44	24,7	12	6,7	114	64,0	8	4,4	178	22,1
1 mês	33	15,7	24	11,4	145	69,3	7	3,3	209	26,0
2 meses	26	17,5	6	4,0	109	73,6	7	4,7	148	18,4
3 meses	11	12,9	5	5,8	61	71,7	8	9,4	85	10,5
4 meses	6	10,0	2	3,5	50	83,3	2	3,3	60	7,4
5 meses	6	-	0	-	23	-	3	-	32	4,0
6 meses	3	-	0	-	15	-	2	-	20	2,4
7 ou +	1	1,3	0	-	61	84,7	10	13,8	72	9,0
Totais	130	16,1	49	6,0	578	71,8	47	5,8	804	-

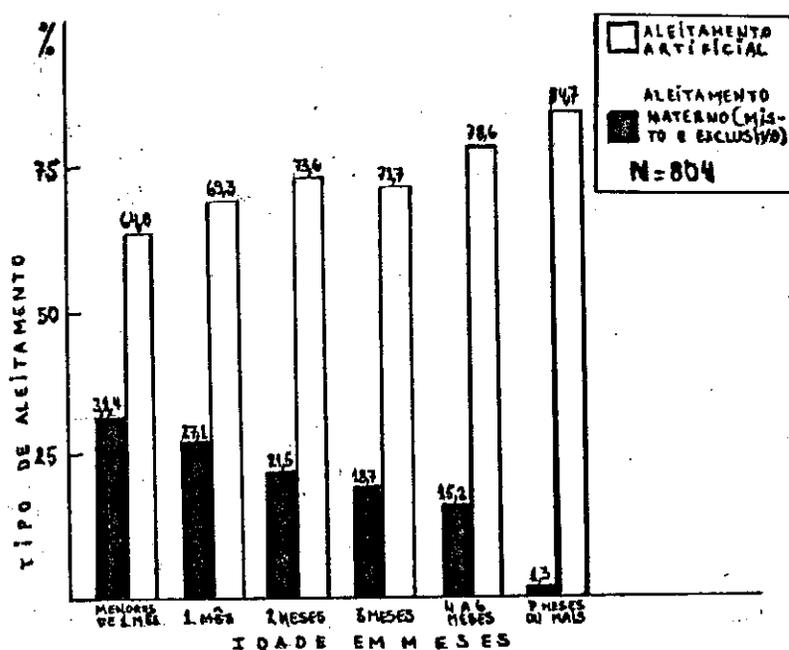


FIGURA 4. TIPO DE ALEITAMENTO POR OCASIÃO DA MATRÍCULA. SEGUNDO IDADE EM MESES.

Verifica-se que apenas 22,1% recebia aleitamento materno (exclusivo ou misto), quando recorreram ao serviço pela primeira vez. Entretanto, devemos dizer que seguramente ocorreu sub-registro de informações a este respeito, particularmente referentes ao aleitamento misto. Isto se processou, infelizmente, face a frequente não anotação da informação na ficha - controle de lactário. Em muitos dos casos de aleitamento misto, na anotação quanto ao tipo de suplementação, era referido apenas o leite artificial.

Do total de crianças matriculadas (804), 10,6% (87) tiveram seu leite adquirido integralmente pelos responsáveis, durante o intervalo do seguimento no Serviço de Puericultura (neste grupo, não se consideraram algumas das crianças em aleitamento misto que também tinham o leite adquirido pela família).

Considerando-se que, a captação girou em torno de 90% da população residente no município, o setor de lactário necessitou estar apto, com base nestes cálculos, a cobrir 75% (aproximadamente) da demanda real. Deste modo, a previsão de

quantidade de leite em pó, é realizada com base na demanda - real, levando-se em consideração as parcelas correspondentes ao aleitamento natural e ao grupo de melhor poder aquisitivo.

Na Tabela 11 apresentamos a evolução trimestral do aleitamento natural, considerado por ocasião da matrícula: 9,8% nos meses de junho/julho/agosto/ 1974 e 36,0% no mesmo trimestre de 1975.

Tabela 11. Evolução Trimestral do Aleitamento Materno Segundo a Captação por Idade. Período: junho/74 a Agosto/75.

Trimestre	Matrículas				Aleitamento Materno			
	Total		0-105		Total		0-105	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
jun./jul./agosto	112	18,4	78	69,6	11	9,8	11	14,1
set./out./nov.	124	20,4	86	69,3	19	15,3	15	17,4
dez./jan./fev.	85	14,0	71	83,5	19	22,3	16	22,5
Mar./abr./maio	140	23,0	111	79,3	47	33,5	41	36,9
junh./jul./agosto	147	24,2	119	80,9	53	36,0	49	41,1
Totais	608	100,0	465	76,5	149	24,5	132	21,7

Para se avaliar melhor a evolução trimestral do aleitamento materno por ocasião da captação, verificamos na tabela 12 e na figura 5 a apresentação da distribuição percentual das matrículas entre 0 e 105 dias de idade, das matrículas entre 0 e 45 dias e das matrículas de crianças no grupo etário de 0 a 105 dias de vida em regime de aleitamento materno. Na mesma tabela pode ser observada a variação entre o primeiro trimestre considerado em 1974 e a correspondente ao mesmo trimestre de 1975 mais 6,8% no grupo de 0 a 105 dias, mais 6,5% no grupo de 0 a 45 dias e mais 6,3% no grupo de 0 a 105 em aleitamento materno.

Tabela 12 . Distribuição (%) das 608 Matrículas nos Trimestres Considerados Quanto à Captação por Idade e Aleitamento Materno.

Trimestres do período	Distribuição das Matrículas		
	Grupos de Idade		Aleit. Mat.
	0-105	0-45	0-105
Ju/jul/ag.	12,8%	7,6%	1,8%
Se/ou/nov.	14,1%	8,4%	2,5%
De/ja/fev.	11,7%	5,9%	2,6%
Ma/ab/maio	18,3%	12,5%	6,7%
Ju/jul/ag.	19,6%	14,1%	8,1%

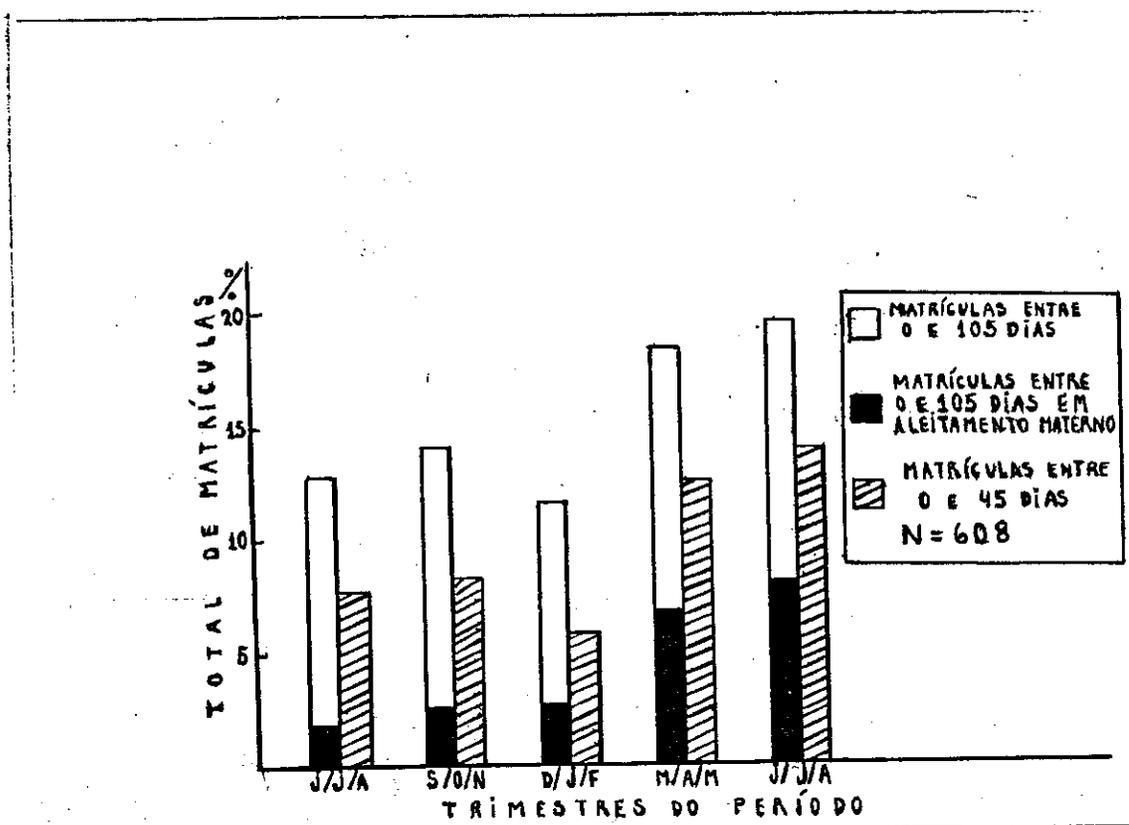


FIGURA 5. EVOLUÇÃO TRIMESTRAL DO ALEITAMENTO MATERNO E DA CAPTAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE.

3. DISTRIBUIÇÃO DOS COMPARECIMENTOS DE CRIANÇAS MATRICULADAS- QUANTO AO TIPO DE ATENDIMENTO EFETUADO.

Para averiguar a influência da morbidade sobre o calendário de controles programado, consideramos ao grupo de crianças, até então, seguidas a mais tempo pelo serviço. Assim, a revisão efetuada em 38 prontuários pertencentes às crianças seguidas continuamente, durante um intervalo de tempo entre 9 e 17 meses, revelou o seguinte: do total de 777 comparecimentos (média mensal de 1,6 comparecimento por criança), em 290 (37,3%) - foi constatada a presença de algum tipo de morbidade; os comparecimentos de conteúdo essencialmente dirigido à prevenção, corresponderam a 62,7% (487) do total. Tabela 13.

Tabela 13. Distribuição dos Comparecimentos Quanto ao Tipo de Atendimento Efetuado.

Tipo de Controle	Número de Comparecimentos	
	absoluto	percentual
Consulta Médica por patologia	290	37,3%
sem patologia	88	11,3%
Atendimento de enfermagem	399	51,4%
Total	777	100,0%

Verifica-se que o número de controles efetuados foi bem superior ao preconizado, de controles mensais e bimestrais para o primeiro ano e de controles trimestrais para o segundo ano de vida.

Verifica-se também, pela análise deste grupo, que o atendimento efetuado pelo pessoal paramédico (auxiliar de enfermagem e atendentes) correspondeu à metade do total de comparecimentos.

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DAS BAIXAS (EVASÃO) DE CRIANÇAS MATRICULADAS - SEGUNDO DIFERENTES CATEGORIAS.

Para analisar a evasão de crianças matriculadas no Serviço ocorrida no período de 8 de maio de 1974 a 22 de setembro de 1975, realizamos a revisão dos arquivos tendo em conta as seguintes variáveis: número de comparecimentos por criança, idade da criança e no último comparecimento ocorrido, idade em que se processou a exclusão do lactário, tempo de seguimento por criança, matrículas para lactário e matrículas para puericultura (casos em que os responsáveis adquiriam o leite e casos de crianças em amamentação natural). Desta revisão, foi possível estabelecer as seguintes categorias:-

4a. Baixas por mudança: Foram notificados 28 casos de mudança do município no Centro de Saúde; possivelmente ocorreram outros casos que não foram notificados. Em 17 casos foi anotado o local para onde se processou a mudança e, curiosamente, verificamos coincidência entre as áreas de procedência mais frequentes e as áreas de retorno: Minas Gerais, Paraná e outros municípios do estado de São Paulo.

4b. Baixas após a exclusão do lactário: Nesta categoria incluímos entre maio e dezembro de 1974 (8 meses) 51 casos; entre janeiro e maio de 1975 (5 meses) incluímos 33 casos. Para os 51 casos verificados em 1974, todos estavam com mais de 1 ano de idade (entre 12 e 20 meses), quando se processou a exclusão do lactário; o tempo de seguimento para 30 destas crianças foi superior a 11 meses, para 14 esteve entre 5 e 10 meses e para 7 foi de 4 meses ou menos. No ano de 1975, dos 33 casos, 32 crianças tinham mais de 1 ano por ocasião da exclusão e o tempo de seguimento, esteve entre 8 e 19 meses em 24 casos.

4c. Baixas aparentemente sem vínculo com a exclusão do lactário: Encontramos nesta categoria 52 casos em 1974 e 60 casos em 1975. Deste total de 112 crianças, 47 estavam matriculadas apenas para puericultura e não recebiam leite em pó da unidade. Não encontramos para estes casos, ao revisar os arquivos, outra possível causa para a baixa, além da idade apresentada por ocasião do último comparecimento e que para a maioria foi superior a 12 meses.

4d. Comparecimento em apenas 1 ocasião, sem retorno ao serviço: No período de maio a dezembro de 1974 constatamos 34 casos nesta categoria e entre janeiro e maio de 1975, 20 casos.

Deste total de 54 casos, 33 foram matriculados apenas para puericultura.

No período considerado para analisar a evasão, um total de 534 crianças estavam comparecendo regularmente ao serviço e destas, 17 haviam completado os 24 meses de idade estando ainda matriculadas. O termo utilizado, "evasão", nas categorias B e C refere-se ao período estabelecido pelo programa de funcionamento, que prevê os 24 meses de idade como limite para permanência de matrícula, não se referindo aos objetivos do mesmo programa: controle de desnutrição, imunização de base, controle de intercorrências e educação para a saúde.

##### 5. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS MATRICULADAS POR RISCO-DE ADOECER E/OU MORRER.

Em novembro de 1974 estabelecemos uma classificação por risco de adoecer e/ou morrer, através da utilização dos seguintes parâmetros:

1. Estado Nutricional- avaliado através dos indicadores antropométricos.
2. Gravidade da Patologia, pela avaliação clínica.
3. Antecedente de Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer ou Gemelaridade.

Na ocasião, foi refeita com base nesta classificação a organização do arquivo das fichas clínicas do setor, assim como o arquivo das fichas de controle do setor de lactário. Este sistema visava a uma maior facilidade no acompanhamento dos casos de maior risco. Na tabela 14., verificamos a composição da população matriculada por grupos etários, por sexo e por risco avaliado; os dados apresentados correspondem ao mês de novembro de 1974, quando da primeira avaliação das atividades do serviço realizada para elaboração de relatório de produtividade da parte assistencial. Correspondem a 168 crianças de sexo feminino e 143 crianças do sexo masculino.

Tabela 14. Distribuição das Crianças Matriculadas Segundo - Grupos Etários, Sexo e Risco Avaliado, Novembro- de 1974.

Grupos Etários (meses)	Sexo		Risco Avaliado						Total		Total Geral
			Baixo		Médio		Alto				
	M	F	M	F	M	F	M	F			
0 - 3	17	23	7	8	3	2	27	33	60		
4 - 6	26	45	6	4	1	2	33	51	84		
7 - 12	52	39	6	10	2	2	60	51	111		
13- 18	10	17	4	5	2	4	16	26	42		
19- 24	3	2	3	4	1	1	7	7	14		
Total Parcial-	108	126	26	31	9	11	143	168	311		
TOTAL GERAL	Abs. 234		57		20		46%	54%	100%		
	%	75,2	18,3		6,5						

Embora não tendo sido estabelecida a determinação do risco para todos os óbitos ocorridos nos anos de 1974 e 1975, na relação dos mesmos que apresentamos em anexo (Anexo 1), pode ser verificado a grosso modo, o valor preditivo dos parâmetros selecionados para medir o risco de adoecer e/ou morrer. Entre os 16 óbitos de crianças matriculadas no Serviço de Puericultura ocorridos no ano de 1975, em 8 dos mesmos foi determinado o risco e destes, 5 foram classificados como sendo de alto risco.

## 6. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA ENTRE 0 a 12 - MESES DE IDADE MATRICULADAS NO SERVIÇO

### 6A. MÉTODOS E CASUÍSTICA

Foram consideradas as medidas antropométricas, peso e comprimento, obtidas de 375 crianças, amostra equivalente a 64% do universo local no mes de abril de 1975, de idade entre 1 e 12 meses, sendo 180 (48%) do sexo feminino e 195 (52%) do sexo masculino.

As medidas foram obtidas por ocasião dos comparecimentos aos controles de puericultura.

A confirmação da idade foi feita pela apresentação do registro de nascimento no momento da matrícula, exigência existente no Centro de Saúde para a concretização da mesma.

Excluimos da presente análise 49 crianças, com base nos seguintes critérios:-

1. peso ao nascer inferior a 2.500 gramas; esta informação, presente na maioria das vezes em função do predomínio de partos hospitalares, foi obtida diretamente do cartão da maternidade onde se processou o nascimento.

2. presença de patologia grave (critério clínico) que pudesse repercutir significativamente sobre o estado nutricional.

Com relação ao tipo de aleitamento recebido durante o período considerado, 83,7% das meninas e 76,7% dos meninos estiveram em regime artificial, fornecendo o serviço, leite semi-desnatado ou integral até o 5º mês e leite em pó integral a partir desta idade.

As técnicas de obtenção das medidas antropométricas obedeceram as orientações usuais, (FALKNER, 1961; MARCONDES, 1970; FOMAN, 1974; JELLIFFE, 1966; OWEN, 1973; INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENSTAR FAMILIAR, 1970) empregando-se os seguintes aparelhos:

1. balança "Filizola" tipo pesa-bebê, com divisões de 10 gramas, submetida a aferição por técnicos recomendados pelo fabricante, em duas ocasiões no decorrer do período considerado para a coleta de dados.

2. antropômetro de madeira, graduado de 0,5 em 0,5 centímetro, com ramo vertical fixo e ramo vertical móvel.

Duas moças, atendentes, pertencentes ao quadro de funcionários do Centro de Saúde, foram treinadas na obtenção das medidas, logo no início do funcionamento do serviço de puericultura. Sua orientação esteve a cargo de médico da equipe com experiência anterior em estudos antropométricos.

A padronização foi realizada após a leitura cuidadosa das técnicas de medição e, constituiu-se na obtenção de medidas de 7 crianças recém-nascidas por duas vezes não consecutivas. A maior variação permitida deveria ser de 10 gramas para peso e de 0,5 centímetro para o comprimento.

As tabelas 15 e 16 fornecem o resultado final da padronização. Embora tenham sido ultrapassados os limites fixados de variação máxima permitida, praticamente o total das medidas consideradas foram obtidas pela medidora A.

Salientamos, que estes exercícios de padronização foram realizados para atender às necessidades do serviço assistencial,

pela importância semiológica dada aos valores antropométricos no acompanhamento do crescimento individual. Não visaram atender às exigências de investigação em antropometria.

Tabela 15. Variações Máximas Intramedidoras, Após os Exercícios de Padronização.

Número da criança	Peso ( gramas )		Comprimento (cm)	
	A	B	A	B
1	0	0	1,0	0
2	10	0	0	0
3	10	10	0	0
4	20	20	0	0,5
5	0	10	1,0	0
6	50	10	0	0
7	0	10	0,5	0

Tabela 16. Variações Máximas Entre Medidoras, Após os Exercícios de Padronização.

Número da criança	Peso (gramas)						Comprimento (cm)					
	1a.leitura			2a.leitura			1a.leitura			2a.leitura		
	A	X	B	A	X	B	A	X	B	A	X	B
1			20			20			1,0			0
2			10			0			0,5			0,5
3			20			10			0,5			0,5
4			20			0			0,5			0
5			0			0			0			1,0
6			10			40			0			0
7			20			20			0,5			0

Na tabela 17, observa-se o número de medidas antropométricas obtidas por criança. A cada controle de puericultura (agendado ou não), corresponde uma medida de peso e uma medida de comprimento. No total, a amostra é composta de 1226 medidas de peso e 1226 medidas de comprimento. Foram consideradas, apenas as medidas que se enquadravam nas seguintes aproximações em dias para mês completo de idade: de 1 a 6 meses, variação de  $\pm 3$  dias; de 7 a 9 meses, variação de  $\pm 7$  dias; de 10 a 12 meses, variação de  $\pm 15$  dias.

Tabela 17. Distribuição do Número de Medidas Obtidas Por Criança

Número de medidas p/ criança	Totais		Número total de crianças			
			Sexo Masculino		Sexo feminino	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	132	35,2	75	38,4	57	31,6
2	55	14,6	29	14,8	26	14,4
3	47	12,5	22	11,2	25	13,8
4	33	8,8	18	9,2	15	8,3
5	41	10,9	25	12,8	16	8,8
6	23	6,1	12	6,1	11	6,1
7	17	4,5	4	2,0	13	7,2
8	12	3,2	3	1,5	9	5,0
9	10	2,6	3	1,5	7	3,8
10	5	1,3	4	2,0	1	0,5
Totais	375	100,0	195	100,0	180	100,0

A distribuição do número de medidas obtidas por criança, - como se verifica foi variada em função do tempo de seguimento, - desde a matrícula até o momento considerado para a coleta de - dados e, da idade por ocasião da mesma. A estes fatores asso - cia-se o critério estabelecido "a posteriori", do distancia - mento máximo permitido em dias para o mês completo de idade, o - que determinou saltos em algumas idades para a mesma criança. - Desta maneira, na nossa amostra de medidas, a mesma criança faz parte de diferentes grupos de idade sem obedecer necessariamente

mente a uma seqüência cronológica uniforme, como se requer para estudos do tipo longitudinal. Por outro lado, para um estudo do tipo transversal puro, a amostra de 375 crianças, não forneceria dados suficientes para uma distribuição uniforme nas diferentes idades. Em consequência do anteriormente assinalado, não se trataria de uma amostra que pudesse permitir o desenvolvimento de um estudo do tipo misto.

Estas observações, justificam-se porque embora a simples apresentação de médias aritméticas no caso presente tenha pouco valor, para efeito de discussão elas foram calculadas, bem como os desvios padrão e coeficientes de variação, obtidos para a amostra de 1226 medidas de peso e comprimento.

Determinamos para o peso, entre que níveis de porcentagem se encontrava localizada cada uma das medidas, considerando-se as cifras correspondentes a 110%, a 90%, a 75% e a 60% das médias aritméticas, fornecidas por diversas tabelas utilizadas como referência.

Para a amostra de medidas do comprimento, adotamos o mesmo procedimento, considerando as cifras correspondentes a 110%, a 105%, a 95%, a 90% e a 85% das médias aritméticas, fornecidas pelas respectivas tabelas de referência.

Para os valores de peso, adotar este procedimento, equivale a apresentar as frequências de valores "normais" para cada idade e, do mesmo modo, as frequências de desnutrição de I, de II e de III graus (respectivamente consideradas como forma leve, moderada e grave), obtidas para cada um dos padrões selecionados (GÓMEZ et alii, 1956). Para os valores de altura, com este procedimento tenta-se quantificar o "retardo" no crescimento linear, que seria a expressão do passado nutricional desfavorável, quando presente.

## 6B. RESULTADOS

Para cada uma das variáveis antropométricas consideradas, foram calculadas média aritmética, desvio padrão e coeficiente de variação. Os resultados obtidos, são apresentados separadamente por sexo e para cada um dos grupos mensais de idade. Tabelas 18 e 19 e Figuras 6 a 9.

Tabela 18. Média Aritmética, Desvio Padrão e Coeficiente de -  
Variação Para os Pesos (em Gramas), Obtidos de 375  
Lactentes, Segundo Sexo e Idade em meses.

Idade em meses	Média Aritmética		Desvio Padrão		Coeficiente de Variação (%)	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1	4008	3903	609	384	15,1	9,8
2	5134	4713	724	581	14,1	12,3
3	5927	5423	740	647	12,4	11,9
4	6587	5944	602	810	9,1	13,6
5	7420	6768	744	796	10,0	11,7
6	7736	7105	1242	820	16,0	11,5
7	7887	7554	918	854	11,6	11,3
8	8624	7845	983	1073	11,3	13,6
9	8836	8170	1039	899	11,7	11,0
10	9146	8784	976	992	10,6	11,2
11	9178	8637	1047	1141	11,4	13,2
12	9436	8913	993	1216	10,5	13,6

Número de medidas-1226

Tabela 19. Média Aritmética, Desvio Padrão e Coeficiente de -  
Variação Para as Alturas (em Centímetros), Obtidas  
de 375 Lactentes, Segundo Sexo e Idade em Meses.

Idade em Meses	Número de medidas		Média Aritmética		Desvio Padrão -		Coeficiente de Variação %	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1	42	40	53,50	52,63	2,13	1,77	3,9	3,3
2	51	48	57,04	56,03	2,31	2,18	4,0	3,8
3	76	55	60,00	58,32	2,29	2,15	3,8	3,6
4	58	57	62,77	60,45	1,97	2,10	3,1	3,4
5	39	46	64,82	62,95	1,72	2,17	2,6	3,4
6	57	59	66,03	64,05	2,71	2,20	4,1	3,4
7	39	61	66,82	65,68	2,88	2,21	4,3	3,3
8	49	55	68,34	66,83	2,66	2,72	3,8	4,0
9	43	46	69,76	68,31	2,35	2,47	3,3	3,6
10	52	61	70,90	69,82	2,43	2,22	3,4	3,1
11	47	54	71,68	70,37	2,89	2,41	4,0	3,4
12	47	44	72,91	71,59	2,80	3,27	3,8	4,5

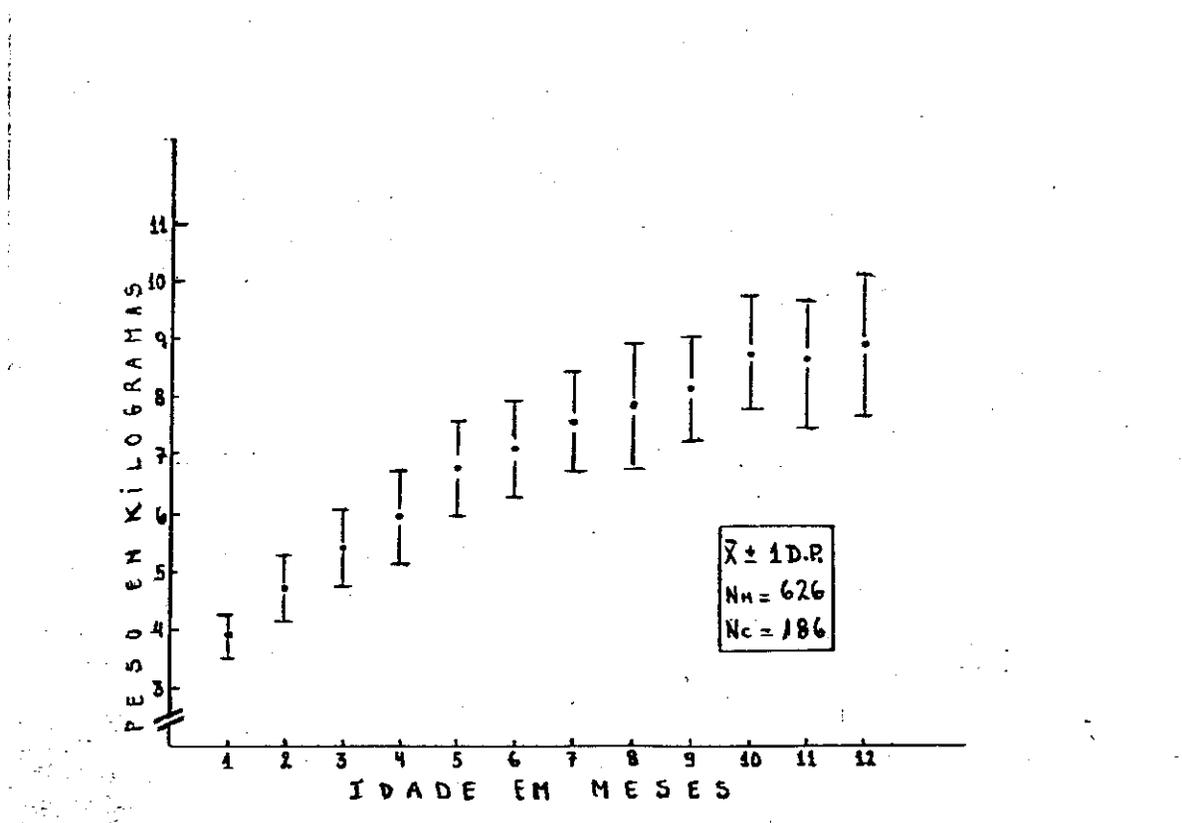


FIGURA 6. MÉDIAS DE PESO  $\pm$  1 D.P.; SEXO MASCULINO

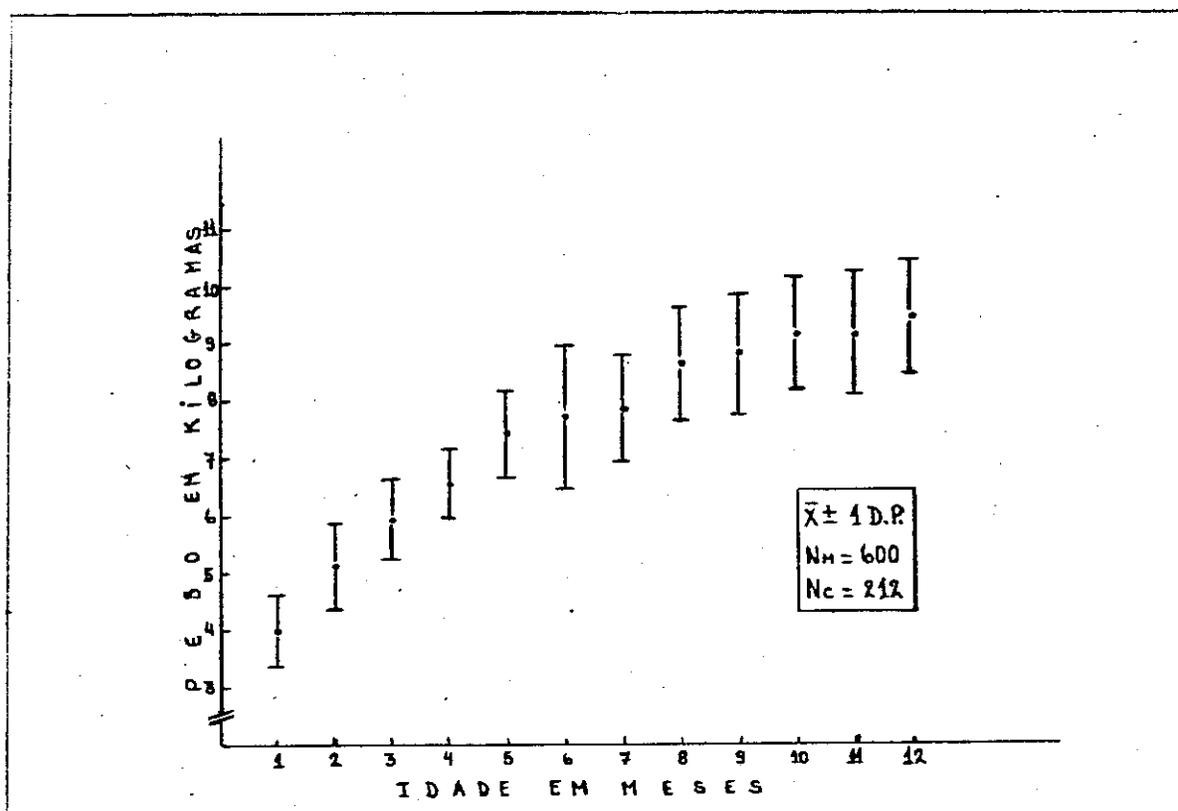


FIGURA 7. MÉDIAS DE PESO  $\pm$  1 D.P.; SEXO FEMININO.

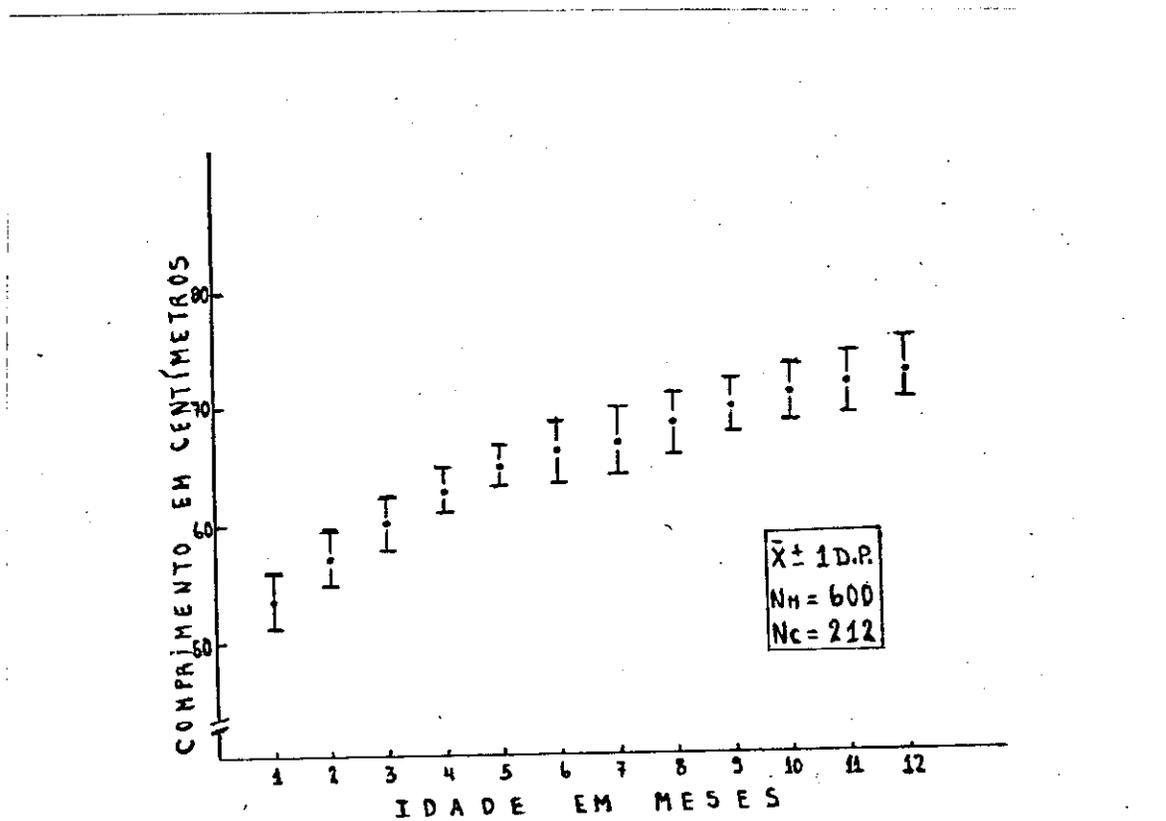


FIGURA 8. MÉDIAS DE COMPRIMENTO + 1 D.P.; SEXO MASCULINO

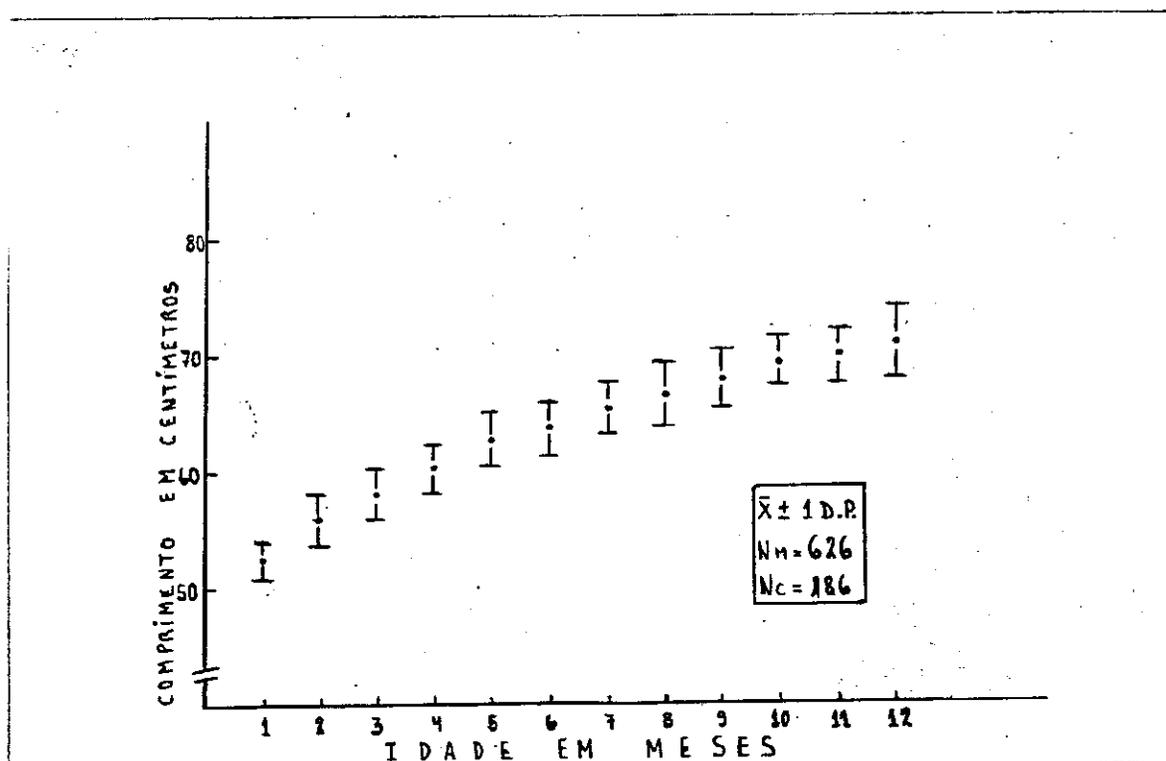


FIGURA 9. MÉDIAS DE COMPRIMENTO + 1 D.P.; SEXO FEMININO.

O coeficiente de variação para o peso, oscilou entre 16,0% e 9,1%. Para o comprimento, a oscilação foi menor, com valores situados entre 4,5% e 2,6%. A explicação para a maior variabilidade do peso, sempre verificada, baseia-se em geral, na maior influência do fator nutricional sobre o mesmo, em relação ao comprimento (MARCONDES et alii, 1970). Entretanto, é importante salientar que, mudanças proporcionais na altura, devem ser comparadas com a elevação ao cubo da modificação proporcional no peso, se se deseja testar a equivalência. A altura é uma medida linear de uma dimensão, enquanto que, o peso é proporcional a uma medida volumétrica de três dimensões. Isto explica porque o coeficiente de variação do peso é muito maior que o da altura. (GURNEY & OMOLULU, 1971).

Geralmente, a apresentação dos valores de médias aritméticas, desvios padrão e coeficientes de variação, visa realizar comparações com dados da literatura. Nossa amostra de medidas, entretanto, pelo fato de apresentar-se constituída por valores obtidos de uma mesma criança em diferentes idades, sem homogeneidade no fator tempo de seguimento, não satisfaz as exigências metodológicas, para permitir tais comparações.

Deste modo, para analisar nossa amostra de medidas antropométricas, utilizamos o procedimento comumente empregado em estudos semelhantes, qual seja, de convertê-las em porcentagens de adequação ao redor de valores convencionalmente aceitos como padrões para as respectivas idades. VIACAVA, (1974) ao estudar a eficiência de uma metodologia simplificada na avaliação do estado nutricional em escolares de 7 a 8 anos, encontrou distribuições de porcentagens de adequação, bastante diferentes em estratos sócio-econômicos distintos. Para este autor, as porcentagens de adequação, são de manipulação simples e bastante valiosas na comparação de dados extraídos de grupos de condições sócio-econômicas diferentes.

Quanto a escolha de escalas que possam servir como padrão, MARCONDES et alii, (1970) afirmam que..." a situação ideal é dispor de escalas estabelecidas a partir de populações homogêneas do ponto de vista étnico, sócio-cultural e de condições de vida e que uma determinada criança apresente as características da população a partir da qual foi construída a escala".

A este respeito, entretanto, um aspecto que se discute é o da limitação que tal procedimento acarretaria para as comparações internacionais. A bem conhecida classificação de GÓMES, amplamente utilizada na América Latina, baseada no peso para a idade, ao utilizar os padrões de Boston, tem o mé-

rito de permitir a realização de comparações internacionais.

Para WATERLOW, (1972)... "Uma classificação terá pouco - valor, a menos que seja amplamente aceita, uma vez que, sua - finalidade principal é tornar possível as comparações entre - resultados obtidos por diferentes pessoas em diferentes locais."

Estas opiniões não nos parecem contraditórias; deixa trans - parecer, isto sim, uma certa flexibilidade na escolha do pa - drão, conforme o objetivo que se tenha em mente: fazer compa - rações com a literatura ou avaliar uma criança individualmente, tendo por termo de comparação os seus "semelhantes".

Assim sendo, confrontamos nossos dados com diversos valo - res de referência, de tal modo, que fosse possível observar - diferenças decorrentes dos fatores genéticos e ambientais, es - pecíficos de cada um dos valores padrão utilizados. Desta for - ma, procuramos satisfazer as necessidades quanto à comparações homogêneas e quanto à comparações internacionais.

Serão apresentadas a seguir, os resultados obtidos para - cada uma das tabelas de referência utilizadas.

#### I. Tabelas preparadas na HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Padrão Norte-Americano (1930/1945)

São apresentados os valores obtidos para os grupos etários de 3,6,9 e 12 meses, para os quais constam as respectivas ci - fras nestas tabelas : NELSON (1965).

Sua escolha, prendeu-se ao fato de serem as mesmas ampla - mente utilizadas na Literatura Internacional, permitindo o seu emprego a realização de comparações entre estudos semelhantes.

Na tabela 20, são apresentados os resultados obtidos. A - frequência de medidas de peso inferiores ao normal, foi de - 24,1% (103 medidas em um total de 427). Para o comprimento, - com este padrão obtivemos 15,7% de valores inferiores ao nor - mal ( 59 medidas em um total de 427). Tabela 21.

Tabela 20. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em Relação ao Padrão Norte-Americano.

Idade	Porcentagem de Adequação											
	+110		109-90		89-75		74-60		-60		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
3	20	15,3	89	67,9	17	13,0	5	3,8	0	0	131	30,7
6	25	21,5	67	57,7	16	13,8	8	6,9	0	0	116	27,2
9	6	6,7	60	67,4	19	21,3	4	4,5	0	0	89	20,8
12	4	4,4	53	58,2	27	29,7	7	7,7	0	0	91	21,3
Totais	55	12,9	269	63,0	79	18,5	24	5,6	0	0	427	100,0

Tabela 21. Distribuição Percentual das Medidas de Comprimento em Relação ao Padrão Norte-Americano.

Idade	Porcentagem de Adequação											
	109-105		104-100		99-95		94-90		89-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
3	17	13,0	55	42,0	49	37,4	10	7,6	0	0	131	30,7
6	10	8,6	47	40,5	47	40,5	11	9,5	1	0,9	116	27,2
9	2	2,2	28	31,5	47	52,8	9	10,1	3	3,4	89	20,8
12	1	1,1	18	19,8	39	42,8	29	31,9	4	4,4	91	21,3
Totais	30	7,0	148	34,7	182	42,6	59	13,8	8	1,9	427	100,0

II. Tabelas preparadas por MARQUES et alii, (1974)  
Padrão Brasileiro.

Os valores destas tabelas foram obtidos em estudo do tipo-transversal, realizado sobre crianças brasileiras (Santo André, São Paulo), pertencentes a diferentes "Classes Sociais", entre 1968 e 1969. Utilizamos os valores "Classe Social IV", correspondente ao grupo de famílias de gasto mensal médio 'per capita' mais elevado. Nestas tabelas são apresentados valores para-

os grupos de 3 a 12 meses de idade. A seleção desta "Classe Social", baseou-se na orientação dada pela Sociedade Brasileira de Pediatria e XI Distrito da Academia Americana de Pediatria (1974), que recomendam sua utilização como padrão de referência, na avaliação do estado nutricional de crianças brasileiras.

Na Tabela 22 apresentam-se os resultados obtidos com este padrão. A frequência de medidas de peso inferiores ao valor "normal" foi de 25,6% (268 medidas em um total de 1045). Para as medidas de comprimento, obtivemos 11,3% de valores inferiores ao "normal". (119 medidas em um total de 1045). (Tabela 23).

Tabela 22. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em Relação ao Padrão Brasileiro, 1974.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	+110		110-90		89-75		74-60		-60		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab.	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
3	9	6,9	72	55,0	42	32,0	8	6,1	0	0	131	12,5
4	8	6,1	73	63,5	29	25,2	5	4,3	0	0	115	11,0
5	15	17,6	54	63,5	15	17,6	1	1,3	0	0	85	8,0
6	20	17,2	70	60,3	18	15,5	8	6,9	0	0	116	11,1
7	10	10,0	67	67,0	19	19,0	4	4,0	0	0	100	9,6
8	20	19,2	61	58,6	17	16,3	5	4,8	1	0,9	104	10,0
9	12	13,5	58	65,1	16	18,0	3	3,4	0	0	89	8,5
10	15	13,3	79	69,9	18	15,9	1	0,9	0	0	113	11,0
11	7	6,9	65	64,3	23	22,8	6	5,9	0	0	101	9,6
12	5	5,5	57	62,6	23	25,3	6	6,6	0	0	91	8,7
<b>Totais</b>	<b>121</b>	<b>11,6</b>	<b>656</b>	<b>62,8</b>	<b>220</b>	<b>21,0</b>	<b>47</b>	<b>4,5</b>	<b>1</b>	<b>0,09</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>

Tabela 23. Distribuição Percentual das Medidas de Comprimento em Relação ao Padrão Brasileiro, 1974.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	109-105		104-100		99-95		94-90		89-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
3	6	4,6	39	29,8	63	48,1	21	16,0	2	1,5	131	12,5
4	2	1,7	50	43,5	52	45,2	10	8,7	1	0,9	115	11,0
5	7	8,2	42	49,4	32	37,6	4	4,7	0	0	85	8,0
6	11	9,5	47	40,5	46	39,6	11	9,5	1	0,9	116	11,1
7	10	10,0	42	42,0	40	40,0	8	8,0	0	0,0	100	9,6
8	7	6,7	30	28,8	54	51,9	9	8,6	4	3,8	104	10,0
9	4	4,5	29	32,6	50	56,2	4	4,5	2	2,2	89	8,5
10	5	4,4	40	35,4	60	53,1	6	5,3	2	1,8	113	11,0
11	4	4,0	24	23,8	58	57,4	15	14,8	0	0	101	9,6
12	3	3,3	30	33,0	39	42,8	17	18,7	2	2,2	91	8,7
Totais	59	5,6	373	35,7	494	47,3	105	10,0	14	1,3	1045	100,0

III. Tabelas preparadas por MUSSO & MUSSO (1964), Padrão-Brasileiro.

São tabelas correspondentes ao estudo realizado sobre 2137 crianças brasileiras (Rio de Janeiro); apresentam valores para as idades de 1 a 12 meses. Segundo os autores, foram construídas a partir de um grupo homogêneo e... "Trata-se de fato de crianças pertencentes a meio econômico pobre, tais que costumam frequentar ambulatórios, sujeitas portanto a condições alimentares e de habitação mais ou menos uniforme".

A escolha deste estudo prendeu-se aos seguintes fatores:- amostra supostamente proveniente de meio econômico semelhante ao do presente trabalho; espaço de tempo entre os dois estudos superior a 10 anos; valores para todas as idades entre 1 e 12 meses.

Na tabela 24 verifica-se que foram obtidos 20,0% de medidas de peso inferiores ao "normal", segundo este padrão (246 -

medidas em um total de 1226). Para as medidas de comprimento, foram obtidos 14,8% de valores inferiores ao padrão de mesma idade (182 medidas em um total de 1226). Tabela 25.

Tabela 24. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em Relação ao Padrão Brasileiro, 1964.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	+110		110-90		89-75		74-60		-60		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	5	6,1	45	54,9	28	34,1	4	4,9	0	0	82	6,7
2	14	14,1	57	57,6	24	24,2	4	4,0	0	0	99	8,1
3	18	13,7	87	66,4	21	16,0	5	3,8	0	0	131	10,7
4	22	19,1	73	63,5	16	13,9	4	3,5	0	0	115	9,4
5	21	24,7	57	67,0	6	7,0	1	1,2	0	0	85	6,9
6	30	25,9	67	57,7	12	10,3	7	6,0	0	0	116	9,5
7	21	21,0	62	62,0	13	13,0	4	4,0	0	0	100	8,1
8	26	25,0	61	58,6	11	10,6	6	5,8	0	0	104	8,5
9	15	16,8	56	62,9	16	18,0	2	2,2	0	0	89	7,2
10	20	17,7	76	67,2	16	14,1	1	0,9	0	0	113	9,2
11	12	11,9	66	65,3	19	18,8	4	4,0	0	0	101	8,2
12	9	9,9	60	65,9	18	19,8	4	4,4	0	0	91	7,5
<b>Totais</b>	<b>213</b>	<b>17,4</b>	<b>767</b>	<b>62,6</b>	<b>200</b>	<b>16,3</b>	<b>46</b>	<b>3,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1226</b>	<b>100,0</b>

Tabela 25. Distribuição Percentual das Medidas de Comprimento em Relação ao Padrão Brasileiro, 1964.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	109-105		104-100		99-95		94-90		89-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	1	1,2	9	11,0	49	59,7	20	24,4	3	3,6	82	6,7
2	2	2,0	23	23,2	46	46,5	27	27,3	1	1,0	99	8,1
3	1	0,8	28	21,4	69	52,7	30	22,9	3	2,3	131	10,7
4	0	0	33	28,7	67	58,3	12	10,4	3	2,6	115	9,4
5	6	7,1	32	37,6	40	47,1	7	8,2	0	0	85	6,9
6	7	6,0	34	29,3	55	47,4	18	15,5	2	1,7	116	9,5
7	6	6,0	29	29,0	49	49,0	16	16,0	0	0	100	8,1
8	10	9,6	38	36,5	43	41,3	12	11,5	1	1,0	104	8,5
9	4	4,5	41	46,1	38	42,7	5	5,6	1	1,1	89	7,2
10	5	4,4	58	51,3	43	38,0	7	6,2	0	0	113	9,2
11	5	4,9	45	44,5	44	43,6	7	6,9	0	0	101	8,2
12	11	12,1	37	40,6	36	39,6	7	7,7	0	0	91	7,5
<b>Totais</b>	<b>58</b>	<b>4,7</b>	<b>407</b>	<b>33,2</b>	<b>579</b>	<b>47,2</b>	<b>168</b>	<b>13,7</b>	<b>14</b>	<b>1,1</b>	<b>1226</b>	<b>100,0</b>

IV. Tabelas preparadas por KARLBERG et alii (1968)  
Padrão Sueco.

Trata-se de estudo longitudinal, realizado sobre 212 crianças de ambos os sexos, seguidas até a idade de 3 anos. Apresenta valores para os grupos de 1,3,6,9 e 12 meses de idade. A justificativa para a escolha deste grupo é a mesma oferecida por MARCONDES et alii (1970), quando o utilizou para confronto com seus dados, qual seja... "um agrupamento reconhecidamente de alta estatura, por questões étnicas que são as crianças suecas ...". Na tabela 26 apresentam-se os resultados obtidos para as medidas de peso: 27,9% foram inferiores ao padrão sueco (142 em um total de 509). Para as medidas de comprimento, 24,9% (127 medidas em um total de 509), foram inferiores ao padrão. Tabela 27.

Tabela 26. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em Relação ao Padrão Sueco.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	+110		109-90		89-75		74-60		-60		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	18	21,9	47	57,3	16	19,5	1	1,2	0	0	82	16,1
3	20	15,3	85	64,9	21	16,0	5	3,8	0	0	131	25,7
6	18	15,5	67	57,7	23	19,8	8	6,9	0	0	116	22,8
9	6	6,7	56	62,9	23	25,8	4	4,5	0	0	89	17,5
12	4	4,4	46	50,5	34	37,4	7	7,7	0	0	91	17,9
Totais	66	13,0	301	59,1	117	23,0	25	4,9	0	0	509	100,0

Tabela 27. Distribuição Percentual das Medidas de Comprimento em Relação ao Padrão Sueco.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	109-105		104-100		99-95		94-90		89-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	6	7,3	19	23,2	43	52,4	14	17,1	0	0	82	16,1
3	6	4,6	39	29,8	63	48,1	21	16,0	2	1,5	131	25,7
6	1	0,9	24	20,7	69	59,5	17	14,6	5	4,3	116	22,8
9	0	0	12	13,5	51	57,3	22	24,7	3	3,4	89	17,5
12	0	0	14	15,4	34	37,4	36	39,6	7	7,7	91	17,9
Totais	13	2,5	108	21,2	260	51,1	110	21,6	17	3,3	509	100,0

Obs. 1 medida inferior a 85%....1,1%

V. Tabelas Preparadas por RUEDA-WILLIAMSON et alii (1969)  
Padrão Colombiano.

Tabelas construídas com dados obtidos de 2979 crianças, - classificadas como pertencentes a classe sócio econômica alta. As tabelas apresentam valores para as idades de 0 a 12 meses - (dados não separados por sexo). Segundo os autores, ..."aparentemente não há diferenças raciais..., devido ao fato de tratar-se de população de mestiços na quase totalidade."

Selecionamos este trabalho para confrontar nossos dados, - fundamentalmente por esta característica étnica (mestiços), teoricamente isenta de contaminação dos efeitos de um meio ambiente adverso atuando sobre seu potencial genético de crescimento. Os resultados obtidos são apresentados nas tabelas 28 e 29. Verifica-se que 21,1% das medidas de peso (259 em um total de 1226) foram inferiores ao "normal" colombiano. Para o comprimento, obtivemos 20,8% (255 em um total de 1226 medidas), de valores inferiores ao "normal".

Tabela 28. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em Relação ao Padrão Colombiano.

Idade	Porcentagens de Adequação											
	+110		109-90		89-75		74-60		-60		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	7	8,5	48	58,5	26	31,7	1	1,2	0	0	82	6,7
2	19	19,2	59	59,6	16	16,2	5	5,0	0	0	99	8,1
3	28	21,3	83	63,3	15	11,4	4	3,0	1	0,8	131	10,7
4	21	18,3	71	61,7	20	17,4	3	2,6	0	0	115	9,4
5	33	38,8	42	49,4	9	10,6	1	1,2	0	0	85	6,9
6	29	25,0	63	54,3	18	15,5	6	5,2	0	0	116	9,5
7	16	16,0	62	62,0	18	18,0	4	4,0	0	0	100	8,1
8	23	22,1	58	55,8	18	17,3	4	3,8	1	0,9	104	8,5
9	16	18,0	54	60,7	16	18,0	3	3,3	0	0	89	7,2
10	22	19,5	74	65,5	17	15,0	0	0	0	0	113	9,2
11	14	13,9	59	58,4	25	24,7	3	3,0	0	0	101	8,2
12	11	12,0	55	60,4	21	23,0	4	4,4	0	0	91	7,5
<b>Totais</b>	<b>239</b>	<b>19,5</b>	<b>728</b>	<b>59,4</b>	<b>219</b>	<b>17,9</b>	<b>38</b>	<b>3,1</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>1226</b>	<b>100,0</b>

Tabela 29. Distribuição Percentual das Medidas de Comprimento em Relação ao Padrão Colombiano.

Idade	Porcentagens de Adequação													
	+105		104-100		99-95		94-90		89-85		-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	1	1,2	16	19,5	45	54,9	20	24,4	0	0	0	0	82	6,7
2	4	4,0	34	34,3	42	42,4	18	18,2	1	1,0	0	0	99	8,1
3	4	3,0	33	25,2	61	46,6	30	22,9	3	2,3	0	0	131	10,7
4	2	1,7	41	35,6	49	42,6	21	18,3	2	1,7	0	0	115	9,4
5	4	4,7	27	31,8	41	48,2	13	15,3	0	0	0	0	85	6,9
6	6	5,2	27	23,3	67	57,7	13	11,2	3	2,6	0	0	116	9,5
7	3	3,0	27	27,0	42	42,0	26	26,0	2	2,0	0	0	100	8,1
8	2	1,9	39	37,5	41	39,4	15	14,4	6	5,8	1	1,0	104	8,5
9	2	2,2	19	21,3	59	66,3	6	6,7	3	3,4	0	0	89	7,2
10	1	0,9	37	32,7	62	54,9	12	10,6	1	0,9	0	0	113	9,2
11	2	2,0	28	27,7	41	40,6	30	29,7	0	0	0	0	101	8,2
12	4	4,4	22	24,2	36	39,6	25	27,5	4	4,4	0	0	91	7,5
Totais-35	2,8		350	28,5	586	47,8	229	18,7	25	2,0	1	0,1	1226	100,0

Com base nestas tabelas colombianas, MORA et alii, (1969) elaboraram um sistema gráfico, pela combinação das três variáveis peso, altura e idade. O gráfico, como pode ser verificado na fig.10, compõe-se de três partes básicas: um quadro de identificação, um quadro para registro dos dados básicos correspondentes a cada controle e um gráfico em traçado logarítmico, no qual se representa o peso no sentido vertical e a altura no sentido horizontal. Na parte central do gráfico, em linha pontuada, são representados os valores correspondentes aos padrões colombianos de peso e altura, para cada idade. Este sistema estabelece como margem de normalidade para o peso (N), os limites compreendidos entre uma vez o desvio padrão ao redor da média (entre 95% e 105%). O limite inferior da normalidade para o crescimento em altura é fixado arbitrariamente nos valores correspondentes a 95% da altura esperada para cada



Tabela 30. Distribuição Percentual das Medidas de Peso em -  
Relação ao Padrão Colombiano de Peso para a Altura.

Idade	Porcentagem de Adequação											
	105		104-95		94-90		89-85		-85		Totais	
	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)
1	29	35,4	34	41,4	11	13,3	6	7,2	2	2,4	82	6,7
2	46	46,5	37	37,5	10	10,0	4	4,0	2	2,0	99	8,1
3	65	49,6	54	41,2	7	5,3	3	2,3	2	1,5	131	10,7
4	46	40,0	41	35,6	21	18,2	4	3,4	3	2,6	115	9,4
5	33	38,8	44	51,7	6	7,0	1	1,2	1	1,2	85	6,9
6	47	40,5	47	40,5	11	7,4	7	6,0	4	3,4	116	9,5
7	36	36,0	47	47,0	11	11,0	4	4,0	2	2,0	100	8,1
8	43	41,3	42	40,3	14	13,5	3	2,9	2	1,9	104	8,5
9	31	34,8	40	44,9	14	15,7	3	3,4	1	1,1	89	7,2
10	44	38,9	56	49,5	8	7,0	4	3,5	1	0,9	113	9,2
11	30	29,7	47	46,5	14	13,8	8	7,9	2	2,0	101	8,2
12	24	26,4	45	49,4	10	11,0	10	11,0	2	2,2	91	7,5
Totais	474	38,7	534	43,5	137	11,2	57	4,7	24	1,9	1226	100,0

Pela utilização de porcentagens de adequação observa-se que quanto maior a cifra utilizada como padrão, menor o número de medidas de peso situadas para mais de 90% do seu valor e vice-versa. Verifica-se na tabela 31 a distribuição percentual de 427 medidas de peso correspondentes aos grupos de 3,6,9 e 12 meses de idade, para os diferentes padrões com os resultados colocados em ordem crescente quanto aos valores superiores a 90% encontrados. A distribuição observada para os grupos de 4,5,7,8,10 e 11 meses correspondendo a 618 medidas é apresentada na tabela 32.

Tabela 31. Distribuição (%) de 427 Medidas de Peso, Correspondentes aos Grupos de 3,6,9 e 12 meses de idade, Segundo os Diferentes Padrões.

Padrões de Referência	Porcentagens de Adequação	
	89% ou menos	90% ou mais
Sueco	29,3%	70,7%
Brasileiro,1974	29,0%	71,0%
Norte-Americano	24,1%	75,9%
Colombiano	20,3%	79,4%
Brasileiro,1964	19,9%	80,1%

Tabela 32. Distribuição (%) de 618 Medidas de Peso, Correspondentes aos Grupos de 4,5,7,8,10 e 11 Meses de Idade, Segundo os Diferentes Padrões.

Padrões de Referência	Porcentagens de Adequação	
	89% ou menos	90% ou mais
Brasileiro-1974	23,1%	76,7%
Colombiano	19,7%	80,1%
Brasileiro-1964	16,3%	83,6%

Para o grupo de 1 mês, como pode ser observado na tabela-33, ocorre uma inversão na sequência anteriormente verificada, passando o padrão sueco a ser o que reúne maior número de medidas acima de 90% do seu valor. Tem sido observado por diferentes investigadores que a evolução ponderal nos primeiros meses da vida apresentada por populações de crianças pertencentes a países subdesenvolvidos, é superior à observada para

crianças na Europa e nos Estados Unidos (CRAVIOTO et alii, - 1967).KANAWATI et alii (1971) em crianças árabe-libanesas - encontraram um declínio na distribuição ao redor dos limites-percentuais do padrão, verificando que de um total de crianças com peso equivalente a 100% ou mais até o 6º mês, por volta - de 1 ano de idade, a maioria apresentava pesos ao redor de - 85% do padrão.

Tabela 33. Distribuição (%) de 82 Medidas de Peso Correspondentes ao Grupo de 1 Mês Segundo os Diferentes Padrões.

Padrão de Referência	Porcentagem de Adequação	
	89% ou menos	90% ou mais
Sueco	20,7	79,2
Colombiano	32,9	67,1
Brasileiro, 1964	39,0	61,0

A mesma tendência para um declínio na distribuição ao redor dos limites percentuais, pode ser observada com relação - aos grupos de 3,6,9 e 12 meses quando referidos aos padrões - estrangeiros.

Tabela 34. Frequência de Medidas de Peso Equivalentes a 90% ou Mais do Padrão, Segundo Diferentes Padrões Estrangeiros.

Grupos de Idade	Padrão de Referência		
	Colombiano	Norte-Americano	Sueco
3	84,6	83,2	80,2
6	79,3	79,2	73,2
9	78,7	74,1	69,6
12	72,4	62,6	54,9

Com os dois padrões brasileiros, embora observando-se que para o grupo de 12 meses corresponde menor numero de medidas superiores a 90%, este declínio não é aparente de 3 a 9 meses.

Tabela 35. Frequência de Medidas de Peso Equivalentes a 90% ou Mais do Padrão, Segundo os Dois Padrões Nacionais.

Grupos de Idade	Padrão de Referência	
	Brasileiro, 1964	Brasileiro, 1974
3	80,1	61,9
6	83,6	77,5
9	79,7	78,6
12	75,8	68,1

Na tabela 36 apresentam-se as frequências de desnutrição - encontradas para a amostra de medidas, quando se utilizou a - Classificação de GÓMEZ, aplicando-a aos diversos padrões e também os resultados obtidos ao ser utilizado o sistema gráfico - de MORA et alii (1969).

Em relação aos diferentes graus de desnutrição para todos - os padrões e para ambos os critérios, as maiores frequências - verificadas corresponderam à desnutrição de I grau, com valo - res entre 11,2% e 23,0%. Para a desnutrição de II grau as fre - quências variaram de 3,1% a 5,6%. A menos frequente foi a de - III grau, com frequência entre 0 e 1,9%.

Tabela 36. Frequências de Desnutrição, Segundo Diferentes Padrões e Critérios de Diagnóstico.

Critério diagnóstico	Total de Medidas	Graus de Desnutrição						Todos os Graus de desnutrição	
		I		II		III		ab	(%)
		ab	(%)	ab	(%)	ab	(%)		
Classif.de Gomez:-									
P.Norte-Americano	427	79	18,5	24	5,6	0	0	103	24,1
P.Brasil. 1974	1045	220	21,0	47	4,5	1	0,09	268	25,6
Colombiano	1226	219	17,9	38	3,1	2	0,1	259	21,1
Brasileiro 1964	1226	200	16,3	46	3,7	0	0	246	20,0
Sueco	509	117	23,0	25	4,9	0	0	142	27,9
Sistema Gráfico	1226	137	11,2	57	4,7	24	1,9	218	17,8

Comparamos os resultados referentes à frequência de desnutrição, ao utilizar a Classificação de Gómez e o padrão norte-americano, com os obtidos por GURNEY et alii (1972) em localidades urbanas e rurais da Jamaica e por Rocha (1969) na cidade de Recife, para crianças de 3,6, e 9 meses de idade. (Tabela 37)

A escolha feita do padrão Harvard (norte-americano), visou satisfazer à uniformização necessária para a realização destas comparações. A adoção de um padrão internacionalmente utilizado como referência, não significa que se esteja assumindo uma uniformidade para as influências de ambientes desfavoráveis em diferentes partes do mundo. Isto fica perfeitamente bem evidenciado, através da constatação de diferenças nas frequências de desnutrição encontradas por diferentes autores em diferentes localidades, para crianças pertencentes a grupos socialmente menos favorecidos.

Tabela 37. Porcentagens de Desnutrição em Diferentes Localidades, Estabelecidas pela Classificação de Gómez Usando o Padrão Harvard -

Localidade	Graus de Desnutrição			Total	
	I	II	III		
	(%)	(%)	(%)	ab	(%)
Recife (1969)	24,3	15,3	10,0	111	49,6
Jamaica (1972)					
urbano	16,7	9,5	0,0	42	26,2
rural	19,2	7,7	2,6	78	29,5
Paulínia (1974-1975)	15,5	5,0	0,0	336	20,5

Mesmo levando-se em consideração as diferenças quanto à composição da amostra, nossos resultados revelam menores frequências de desnutrição nos diferentes graus para os grupos de 3,6 e 9 meses de idade.

Considerando-se para o comprimento, que os valores inferiores ao esperado para a idade sejam os inferiores a 95% do médio, a distribuição percentual obtida para 427 medidas correspondentes aos grupos de 3,6,9 e 12 meses, segundo os diferentes padrões, pode ser observada na tabela 38.

Tabela 38. Distribuição (%) de 427 Medidas de Comprimento Correspondentes aos Grupos de 3,6,9 e 12 Meses de Idade, Segundo os Diferentes Padrões.

Padrão de Referênci-	Porcentagem de Adequação	
	94% ou menos	95% ou mais
Sueco	26,7	73,3
Colombiano	20,4	79,6
Norte-Americano	15,7	84,3
Brasileiro-1964	14,6	85,4
Brasileiro-1974	14,1	85,9

Observa-se que para as medidas de comprimento, do mesmo modo que para as medidas de peso, o padrão sueco é o que reúne menor número de valores acima de 95%. Para os demais padrões estrangeiros, os valores situados para mais de 95% foram menos frequentes que os verificados para ambos os padrões brasileiros que, por sua vez, reúnem praticamente o mesmo número de valores nestas condições. Para os grupos de 4,5,7,8,10 e 11 meses, também pode ser observado que os padrões brasileiros reúnem maior número de valores acima de 95% do padrão.

Tabela 39. Distribuição (%) de 618 Medidas de Comprimento Correspondentes aos Grupos de 4,5,7,8,10 e 11 Meses de Idade, Segundo Diferentes Padrões.

Padrão de Referência	Porcentagem de Adequação	
	94% ou menos	95% ou mais
Colombiano	20,7	79,3
Brasileiro,1964	10,5	89,5
Brasileiro,1974	9,5	90,5

Da mesma forma que para as medidas de peso, o padrão sueco é o que reúne o maior número de valores acima de 95% no grupo de medidas de comprimento correspondentes a 1 mês de idade.

Tabela 40. Distribuição (%) de 82 medidas de Comprimento Correspondentes ao Grupo de 1 Mês, Segundo Diferentes Padrões.

Padrão de Referência	Porcentagem de Adequação	
	94% ou menos	95% ou mais
Brasileiro,1964	28,0	72,0
Colombiano	24,4	75,6
Sueco	17,0	83,0

Na tabela 41. Comparamos os resultados obtidos por GURNEY et alii (1972) na Jamaica através da utilização do padrão Harvard, com os resultados obtidos para as amostras de comprimento, referentes aos grupos de 3,6 e 9 meses.

Tabela 41. Distribuição (%) das Medidas de Comprimento, ao Redor do Padrão Harvard, em Diferentes Localidades.

Localidade	Porcentagens de Adequação						
	+110	105-109	100-104	99-95	90-94	85-89	-85
Jamaica							
rural	2,5	11,5	30,7	35,8	12,8	5,1	1,2
urbano	9,5	14,2	38,0	26,1	9,5	2,3	0
Paulínia	0	8,9	38,6	42,4	8,9	1,2	0

Comparando-se a proporção de medidas de comprimento inferiores ao esperado para a idade, com a mesma proporção de medidas de peso, verificamos que para as primeiras, os valores obtidos são menores. Para SEOANE & LATHAM (1971), "a altura para a idade não constitui uma ferramenta descritiva ideal para a determinação do estado nutricional, porque não fornece nenhuma indicação do consumo dietético atual, ou do 'status' da criança." A altura atingida em uma dada idade, pelo menos após o primeiro ano de vida, refletiria o passado nutricional do indivíduo. Para estes autores do tipo transversal e em determinadas situações de investigação, como no presente caso, a desnutrição leve e moderada pode ser melhor avaliada, utilizando-se os três parâmetros : peso, altura e idade.

Ao analisar a amostra de medidas utilizando-se o método habitual em antropometria, baseado em comparações dos grupos estudados com padrões e expressando os resultados em termos de porcentagem de adequação, ficamos sem conhecer que proporção de medidas de peso grupadas abaixo de 90% dos diferentes padrões, pertence a crianças cujas medidas de comprimento foram do mesmo modo, inferiores ao esperado para a idade.

Retomando-se o que foi dito anteriormente para os coeficientes de variação, sendo o comprimento uma medida linear e o peso uma medida volumétrica, o valor 90% do peso padrão para

a idade, não é comparável ao valor 90% do comprimento padrão-para a idade (GURNEY et alii, 1971)

A utilização dos três parâmetros permitiria classificar as crianças desnutridas em categorias distintas, que refletiriam a duração e a atualidade do processo: a classificação de Gómez, ao levar em conta apenas o peso, qualifica como desnutridas uma proporção de crianças cujo "déficit" ponderal é - consequência da baixa estatura, o que não implicaria em desnutrição atual, desde que o peso seja adequado para a altura-alcançada.

Para WATERLOW (1972), esta combinação de parâmetros teria grandes vantagens, porém o problema que permaneceria, seria o da colocação destas categorias em bases quantitativas e o da determinação de grupos apropriados, de tal forma que cada categoria fosse subdividida de acordo com a severidade. Para este autor, as crianças poderiam situar-se em quatro categorias mais amplas, qualitativamente diferentes:

- a. Normais
- b. Desnutridas, sem retardo no crescimento linear. Desnutrição aguda.
- c. Desnutridas, com retardo no crescimento linear. Desnutrição crônica.
- d. Retardo no crescimento linear sem desnutrição. Refletiria a presença de desnutrição passada e inclui nesta categoria o "nanismo nutricional" e crianças que se recuperaram de desnutrição.

Na figura 11 podem ser observadas as distribuições (%) das porcentagens de adequação obtidas com a utilização dos padrões colombianos para ambos os critérios (peso para a idade e peso - para a altura em cada idade). As frequências mais elevadas de desnutrição verificadas com a aplicação da classificação de Gómez em relação ao sistema gráfico de MORA, provavelmente decorreriam de uma certa proporção de medidas de comprimento dentro o total, com valores inferiores a 95% do padrão.

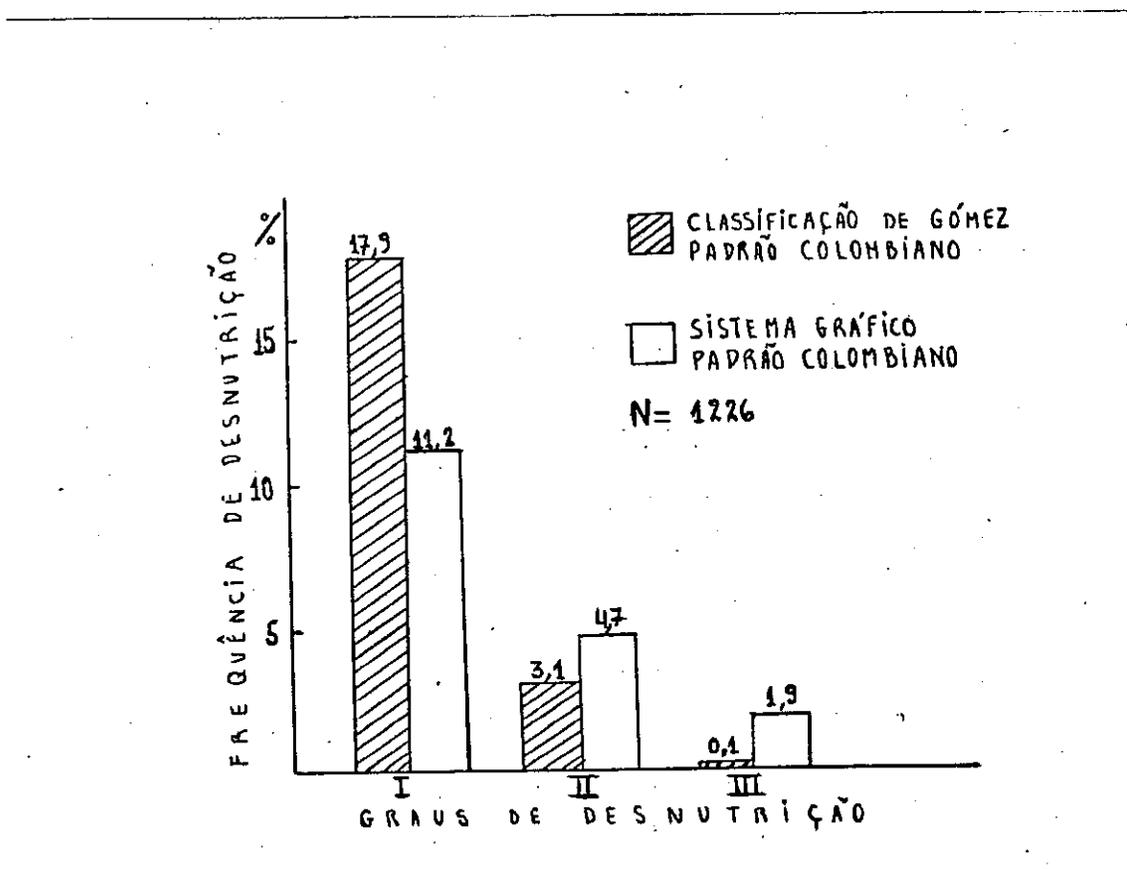


FIGURA 11. FREQUÊNCIAS DE DESNUTRIÇÃO SEGUNDO DOIS CRITÉRIOS DISTINTOS.

C A P Í T U L O -VI-

CAPÍTULO VIA População que recorreu ao Serviço de Puericultura

Entre setembro de 1974 e janeiro de 1975, foram efetuadas entrevistas com as mulheres que frequentavam o Serviço de Puericultura, pela antropóloga e pela psicóloga da equipe multiprofissional. Foram realizadas 110 entrevistas, que na época equivaliam a 1 terço das famílias demandantes ao serviço, tomando-se a criança como unidade de referência. Estas entrevistas, ocorreram mais frequentemente nos corredores do centro de saúde, onde as mães esperavam a chamada para o atendimento e tinham um cunho bastante informal. Conversava-se então sobre tudo: sobre as respectivas famílias, a atenção médica recebida, o trabalho, a cidade, etc. O único formulário utilizado para o levantamento dos dados referentes à família, era o mesmo que servia para o registro central do Centro de Saúde, o qual apresentamos em anexo. (Anexo 2). Serão apresentados a seguir, os seguintes dados referentes aos pais ou responsáveis pela criança: ocupação (classificação feita com base na Publicação Sobre Os Resultados Do Recenseamento Geral de 1970, do INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA,) tempo de residência no município e no local de moradia e escolaridade. Apresenta-se também, a distribuição das famílias quanto ao tipo de composição (classificação estabelecida pela antropóloga do serviço).

Acreditamos que estes dados, embora sendo importantes para a orientação geral, não são suficientes para oferecer um perfil mais nítido da população de usuários. Por este motivo, apresentaremos alguns dos relatórios de visitas domiciliares, que foram elaborados pelos vários elementos participantes do serviço. Estas visitas, também foram efetuadas empregando-se a técnica da observação, preferida na ocasião à outros métodos como: questionários e entrevistas demasiadamente formais. Deste modo, procurou-se evitar saturar a população com entrevistas e mais entrevistas e, torná-la "treinada" para responder questionários.

Os motivos que justificaram especificamente a estas visitas que serão relatadas, foram variados; entretanto, deve ser dito, que as mesmas fizeram parte do "survey" inicial, que visava a um melhor ajustamento da equipe, quanto a população que estava recebendo. Foram supervisionadas pela antropóloga e pela

psicóloga, e delas participaram: os médicos responsáveis pelo-serviço, o pessoal paramédico, acadêmicos de medicina e médi -cos residentes. As visitas eram efetuadas por grupos de 2 a 3-  
pessoas ou individualmente.

1 - OCUPAÇÃO:

No quadro abaixo, apresentamos as categorias ocupacionais-  
verificadas entre 110 das famílias, que possuíam crianças ma -  
tricoladas na puericultura. -

I Ocupações Administrativas, Técnicas, Científicas e afins.

7 Homens 1 Mulher

II Ocupações da Agropecuária e da Produção Extrativa Vegetal  
e Animal.

21 Homens e 16 Mulheres

III Ocupações da Produção Extrativa Mineral.

1 Homem

IV Ocupações das Industrias de Transformação e da Construção  
Civil.

60 Homens 1 Mulher

V Ocupações do Comércio e Atividades Auxiliares

5 Homens

VI Ocupações dos transportes e Comunicações

7 Homens

VII Ocupações da Prestação de Serviços

6 Homens 8 Mulheres

VIII Ocupações da Defesa Nacional e Segurança Pública

1 Homem

Os dados citados, referem-se a pais e mães das crianças matriculadas e, para 5 mães solteiras que não trabalham, os dados referem-se a outras pessoas da família .

Nestas mesmas famílias, encontramos 12 crianças com idades entre 8 e 14 anos (8 meninos e 4 meninas), com ocupação rural e outras 4, entre 13 e 14 anos, com ocupação de prestação de serviços (3 meninas, empregadas domésticas e 1 menino de 14 anos - ajudante de mecânica.)

Verifica-se que no município são principalmente os setores da construção civil e das indústrias de transformação que absorvem a grande maioria das pessoas do sexo masculino, que a eles chegam.

Muitas dentre as mulheres que tem seus filhos matriculados no serviço de puericultura, desempenham a função de diarista ou "volante", também dita de "bóia-fria" no meio rural, principalmente nas épocas de colheita de algodão e cana de açúcar.

## 2.- TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO E NO LOCAL DE MORADIA:

Com relação ao tempo de residência no município, para estas 110 famílias, verificou-se que 25,2% residia em Paulínia há 1 ano ou menos e, 35,1% entre 2 e 5 anos. Fig.12.

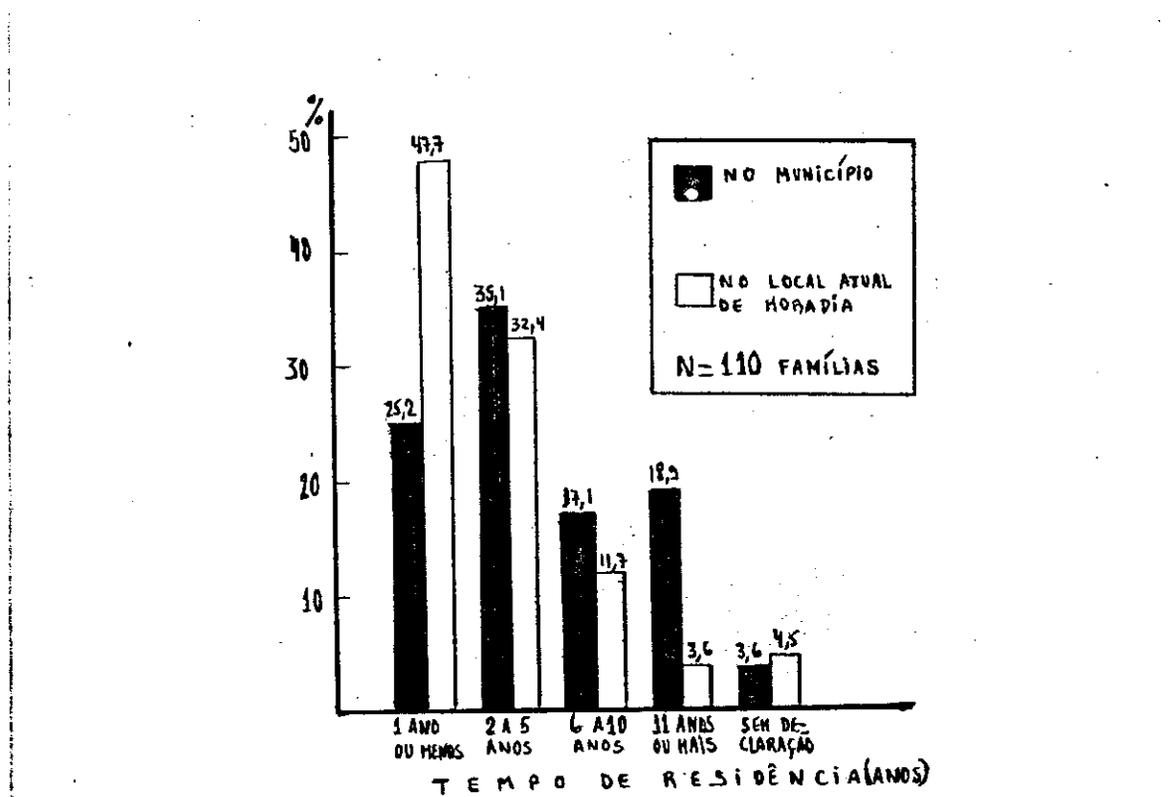


FIGURA 12. TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO E NO-  
LOCAL ATUAL DE MORADIA VERIFICADO PARA  
110 FAMÍLIAS.

### 3. ESCOLARIDADE e ALFABETIZAÇÃO

Com relação a escolaridade e alfabetização, verificou-se - que entre 212 pessoas (104 homens e 108 mulheres) destas famílias, 82,5% sabiam ler e escrever e, 17,5% eram analfabetos. Tabela 42 e Figura 12. Observa-se que, a frequência de mulheres analfabetas e com curso primário incompleto ou apenas alfabetizadas, é superior à frequência de homens nas mesmas condições.

TABELA 42 ESCOLARIDADE E ALFABETIZAÇÃO DOS PAIS ENTRE 110 FAMÍLIAS , SEGUNDO SEXO E TIPO DE CURSO.

Sexo	Totais		Escolaridade e Alfabetização									
			Univers.e Técnica		Ginasio Comp/Incom.		Primário Completo		Prim.Inc. e Alfabet.		Analfabetos	
	NºAb	(%)	NºAb	(%)	NºAb	(%)	NºAb	(%)	NºAb	(%)	NºAb	(%)
Homens	104	49.0	6	6.0	12	11.5	25	24.0	46	44.0	15	14.5
Mulheres	108	51.0	1	1.0	9	8.0	30	28.0	46	42.5	22	20.5
Totais	212	100.0	7	3.0	21	10.0	55	26.0	92	43.5	37	17.5

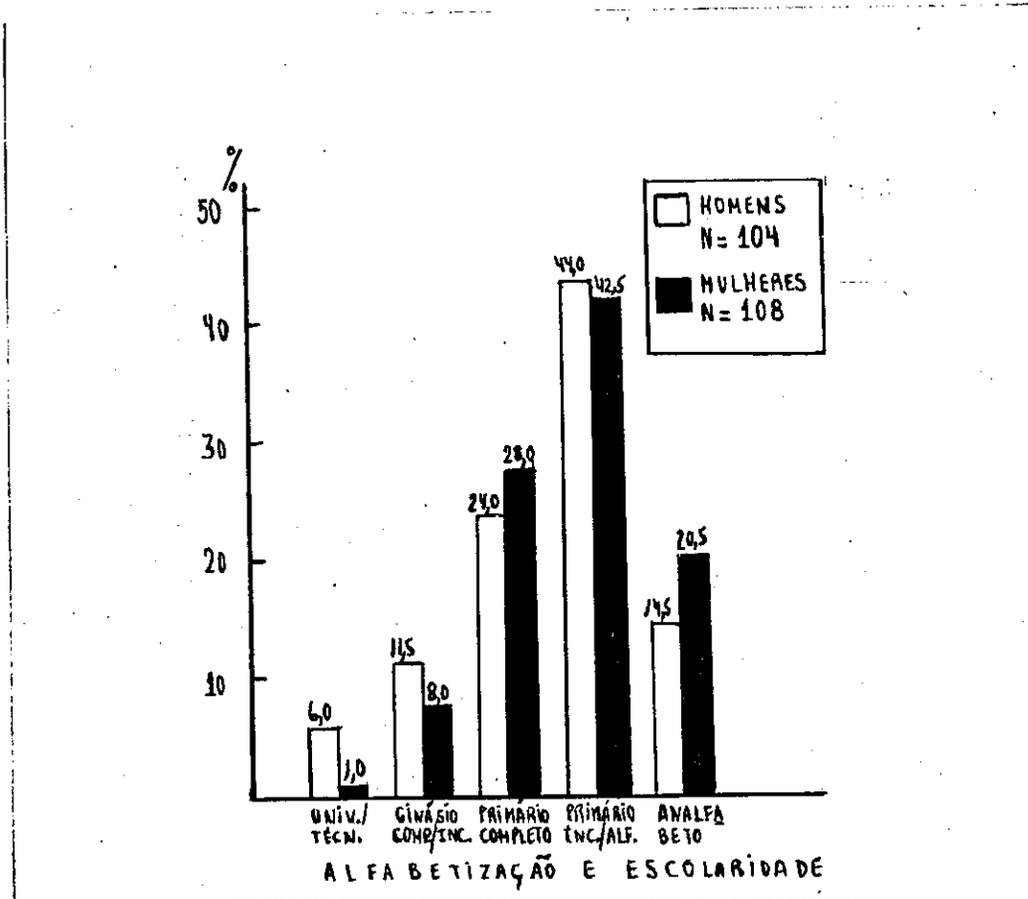


FIGURA 13. ESCOLARIDADE E ALFABETIZAÇÃO DOS PAIS;  
SEGUNDO SEXO E TIPO DO CURSO.

#### 4- TIPOS DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Com relação aos tipos de composição familiar e ao número de pessoas por família, verificou-se 65,1% (71) das mesmas, era do tipo nuclear simples (formada pelo pai, pela mãe e pelos filhos); 19,3% (21) era do tipo família extensa (semelhante a família nuclear, porém acrescida de algum outro membro ligado ou não por laços de parentesco ou de alguma outra família nuclear); 15,6% (17) eram do tipo família composta (muitas vezes com as mesmas características da família extensa, porém, apresentando um quadro onde a economia doméstica é particular a cada facção que a compõe).

Quanto ao número de pessoas por família, em 59,0% (64) do total considerado, havia de 5 a 9 pessoas; em 29,5% (32) havia 4 pessoas ou menos; em 11,5% (13) havia 10 pessoas ou mais.

Tabela 43. Distribuição de 109 Famílias de Crianças Matriculadas, Segundo o Tipo de Composição e o Número de Pessoas.

Número de Pessoas	Totais		Tipo de Composição Familiar					
			Nuclear		Extensa		Composta	
	AB	%	ab	%	ab	%	ab	%
16 ou mais	4	3,5	0	-	0	-	4	23,5
10 a 15	9	8,0	3	4,0	5	24,0	1	6,0
5 a 9	64	59,0	39	55,0	13	62,0	12	70,5
4 ou menos	32	29,5	29	41,0	3	14,0	0	-
Totais	109	100,0	71	65,1	21	19,3	17	15,6

Estes dados, revelam que a composição das Famílias nem sempre se ajustou ao "modelo padrão" de família de classe média urbano-industrial, qual seja, família nuclear onde o marido trabalha e a mulher não, dois a três filhos por casal, e etc. Verificou-se que muitas vezes ela é composta ou extensa e o número de pessoas é com frequência, superior a 5.

## 5. RELATÓRIOS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR.

Relatório nº1 Família de M.E.

Formada pelo pai, pela mãe e por dois filhos pequenos: um menino de 4 anos e meio e uma menina com um ano e seis meses. A visita foi motivada pelo não comparecimento de M.E. a um dos controles programados. A falta foi atribuída pela mãe da menor, a um comparecimento ao Centro de Saúde ocorrido em dia próximo ao controle com data marcada, "andava meio doentinha, com catarro, aí o médico disse que a neném num podia tomar o BCG, porque num tava boazinha, e ainda tinha leite em pó em casa. Quando acaba o leite vou ao posto".

Moram em um sítio há 4 anos, onde o pai é o caseiro; ganha 200 cruzeiros por mês, e a mãe informou que o dono "está pondo ele pra fora". A maior preocupação da família na ocasião era saber se "tem algum direito, natal, férias...". O patrão nunca os registrou, embora se acreditasse registrados. Um tio materno da menor, dias antes da visita, sofreu um acidente e andava passando mal em um hospital de Campinas e, por este motivo, a mãe da criança estava para lá se dirigindo com frequência. Por isto "num tem tempo pra muitas outras coisas". Com relação às práticas e cuidados dirigidos à criança, foi observado que ela não fervia a água, "porque é do filtro". Ao dizer-lhe que era importante fervê-la, mesmo que usasse o filtro, concordou e disse que "a vizinha aí do lado dá água pras crianças mesmo sem filtrar" e que "a água é barrenta da chuva. Quando eu avisei ela, ela disse que a água corrente não tem pobrema, num precisa filtra"

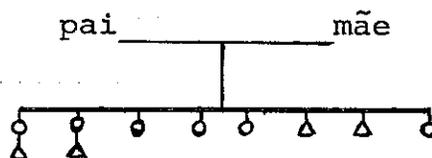
A casa tem três cômodos, não dispõe de luz elétrica e possui fossa na parte posterior. É feita de tijolos e, ao lado da casa havia muita sucata, assim como no quintal onde plantam abacate e laranja.

Relatório nº2 Família de M.M.

Formada pelo pai, pela mãe e por dois filhos: uma menina de 10 anos e um menino de 7 meses. Esta visita também foi justificada para averiguar as razões do não comparecimento de M.M. ao serviço de puericultura. Entretanto houve um erro de informação, apontado pela mãe do menor, através da apresentação do cartão de controle dos comparecimentos, o qual revelava que não havia ocorrido falta. Assim foi descrita a visita: "A família de M.M. não vive muito mal. A casa igual a quase todas as demais daquela rua, é espaçosa e clara; o pai trabalha na Prefeitura, é braçal e tem 55 anos e a mãe tem 33 anos e vive para o lar. As crianças são limpas e gordas (até excessivamente gordas). O M.M. estava "refestelado" no colo da mãe, depois de ter mamado muito bem. A casa tem mobília escassa, mas um sofá e uma televisão compõem a sala. O centro da conversa foi a meningite. A mãe relatou a morte de um menino de 4-anos, residente a poucas casas da sua e, que brincava com sua filha mais velha".

Relatório nº3 Família de W.B. de 15 meses  
e de J.C.B. de 15 meses.

Formada do seguinte modo:



O motivo que justificou a visita foram as faltas e os comparecimento de W.B. e J.C.B. - fora dos dias marcados. As razões apontadas foram as seguintes: o trabalho de uma das mães - e das demais pessoas adultas da casa; só uma - pessoa fica para cuidar de todas as crianças e, não tem tempo para levá-las ao Centro de Saúde regularmente. Antes levava, quando era para receber leite, agora só leva quando estiver precisando, por doença. A filha mais velha tem 19 anos e a mais nova tem 3 anos. As duas filhas - mais velhas engravidaram na mesma época e, deram à luz no mês de junho de 1973, com intervalo de 11 dias. Ambas foram "prenhadas" por homens que lhes prometeram casamento e depois recusaram. O pai de W.B. "sumiu no mundo"; o pai - de J.C.B. mora em Paulínia, mas "nem quer sabe do filho". Nenhuma das crianças é registrada, - pois as mães recusam-se a registrá-las como - "filhos sem pai". Perguntei como tinham conseguido matriculá-las no centro e a mãe de J.C.B. disse que foi "a mãe quem arrumou". O chefe - desta família tem 38 anos e trabalha como carregador de bujão de gás e sua mulher trabalha - como doméstica em "casa de família". Cinco - dos filhos trabalham fora, inclusive um dos - meninos de 12 anos; todos trabalham "na roça". Pagam 200 cruzeiros de aluguel por 3 cômodos, - com água encanada, luz elétrica e banheiro externo. A casa tem uma aparência muito pobre, os móveis são escassos, velhos e quebrados, um - rádio e imagens de santos de papel pelas paredes. Quem cuida das crianças menores de 10 anos

da família, é a filha mais velha, que por este motivo não trabalha.

Relatório nº4 Família de F.G.O. 11 meses.

Visita efetuada para averiguar as razões do não comparecimento de F.G.O. há três meses ao serviço de puericultura. Assim foi relatada a visita: Não encontramos a mãe de F.G.O. em casa; tinha saído com ele para Campinas. Atendemos sua sogra que é a dona da casa onde habitam os pais de F., na parte dos fundos. A sogra com 40 anos de idade tem 12 filhos, é gorda e tranquila. Seu filho mais novo tem 18 meses e o mais velho 25 anos. Com ela moram 10 dos filhos, e o pai de F. tem 20 anos. Seu marido é pedreiro, esteve muito doente há alguns meses, e foi avisada que se ele apresentasse "outro ataque, vai parã no Juqueri direto". É faxineira de um escritório; 5 dos seus filhos trabalham e, com isto a renda familiar chega aos 2.500 cruzeiros mensais, mas o "dinheiro não dá pra nada". Apesar disso, mostrou-se otimista a respeito da casa que vai construir na parte da frente do terreno onde mora. A casa é de taipa e barro, com 4 cômodos, muito baixa e escura e quase nua de móveis. Foi advertida pela Prefeitura sobre o perigo de perder o terreno se não construir a casa logo e, portanto, já está acumulando tijolos. Seu marido e seus filhos, com a ajuda dos vizinhos é que erguerão a casa. A mãe de F. é auxiliada por uma cunhada que não trabalha porque sofreu de "paralisia infantil" e é esta, quem toma conta da casa enquanto todos trabalham. O motivo das faltas de F. ao serviço de puericultura, alegado pela sogra, é que "sua mãe é muito descansada, e o F. não gosta de leite em pó.

Seu filho menor de 18 meses também frequentava o Centro de Saúde, mas como estivesse pálido, pediram exame de sangue. Ao relatar tal fato - para um outro médico de Paulínia, este recomendou-lhe não fazer o exame, "porque o menino não podia perder nem uma gota de sangue". Este médico "deu umas vitaminas e o menino melhorou". Ficou com medo de ser repreendida ao voltar ao Centro de Saúde sem fazer o exame e, também não vê muita utilidade no "Posto porque já criei muita criança". Acha que só doença "merece médico". Cria um garoto de 3 anos, filho de um seu "filho moço", que "andou com uma moça que não era de casar, divertia numa noite numa roda de peão". Ela cria o menino, " porque o delegado mandou e, quem cria 10 cria 11" os avós maternos, que são "pretos retintos - não queriam ele, pra num manchar a raça deles com um mulatinho". A família de F. é branca.

Relatório nº5 Família de D.M. 1 ano e 5 meses.

Visita justificada para averiguar o não comparecimento de D.M. A Família é constituída por 11 pessoas: avó materna, tio materno - que é trabalhador braçal na Prefeitura, o pai que é motorista de caminhão, a mãe que é trabalhadora braçal na Petrobrás, 4 filhos menores de 10 anos e 3 filhos entre 12 e 15 anos, sendo que dois destes trabalham. A avó foi - quem nos recebeu tendo conversado longamente da não necessidade " antigamente de viver no médico", dizendo ainda que criou 9 filhos sem nunca levá-los ao Posto; que "nem havia Posto antigamente" e que curava todas as doenças - com chás.

## Relatório nº6 Família de A.J.N. de 2 anos

Visita dedicada à orientação alimentar -  
 domiciliar. O pai e a mãe de A.J.N. trabalham -  
 "de volante" na lavoura e estão atualmente -  
 ocupados no corte de cana de açúcar. Assim foi  
 descrita a visita: A.J. andou com bronquite, há  
 15 dias. Alimenta-se ao seio materno, recusa -  
 outras comidas, exceto o leite recebido no -  
 Posto. Sua mãe será operada "das vistas", para  
 troca de "olho de vidro". Uma irmã de A.J. -  
 com 13 anos de idade cuida das crianças, ape -  
 sar de sofrer de "sinusite" e de ter algum pro -  
 blema "dos músculos do peito" (está sendo in -  
 vestigada na Santa Casa de Campinas). A famí -  
 lia mora em casa que estão amortizando por -  
 93 cruzeiros mensais; o casal tem 7 filhos, -  
 sendo 3 meninas entre 10 e 14 anos e 4 menores  
 de 10 anos. O casal e a filha de 14 anos tra -  
 balham o dia inteiro e ganham menos de 200 -  
 cruzeiros por semana: os três são cortadores -  
 de grama e ganham 25 centavos pelo metro qua -  
 drado cortado. A filha de 14 anos, antes de -  
 trabalhar "no corte", trabalhou em casa de fa -  
 mília ganhando 40 cruzeiros por mês. Esta e -  
 outra filha estudam a noite no Mobral.

## Relatório nº7 Família de J.L.P.

A casa visitada ficava bem no interior -  
 de uma olaria antiga, coberta por telhas, com -  
 chão de terra batida. Percorria-se um caminho -  
 enlameado, coberto de lixo, até chegar a um -  
 pátio de terra batida no interior da constru -  
 ção, onde fica a casa de J.L. No pátio surgi -  
 ram várias mulheres e crianças com aspecto de -  
 extrema pobreza. Dona C. não estava, havia -  
 saído, disseram as mulheres. Logo em seguida, -

apareceu uma mulher branca ( a maioria era preta ou parda), que às vezes tomava conta do menino para Dona C. Pareceu ser uma pessoa extremamente positiva, com bastante iniciativa, bem diferente do resto do pessoal pois mostrava - muita facilidade de se expressar. Disse que o menino parecia estar bem de saúde e havia perdido apenas um pouco de peso. Outra mulher disse que os pais de J.L. se queixavam da falta - de dinheiro mas, " que quando o nenê tem algum problema, a gente tem que saber se virar, pedir pra um, pedir pra outro, até conseguir, e eles não fazem isso, é porisso que o nenê perde peso". Perguntou-se sobre a água: "é encanada mas não tem filtro". Mostrou-se que era importante fervê-la, para a saúde do nenê e também de todos. Perguntou-se como Dona C. fazia a mamadeira e, uma menina de uns 10 anos disse - que "ela põe o leite e joga água quente na mamadeira". Mostrou-se que era importante ferver a água e sempre jogar fora o que sobrasse. Algumas mães mostraram-se interessadas, ficaram por ali ouvindo e, perguntaram várias coisas - sobre vacinação e sobre o atendimento do "Posto".

#### Relatório nº8 Família de M.E.B..

O objetivo da visita foi conversar com - uma das irmãs mais velhas de M.E.B., pois era quem dela cuidava durante todo o dia. Os pais - trabalham fora, na roça. Quando batíamos na porta, fomos informadas pela vizinha que as crianças ficavam sozinhas, "largadas" o dia inteiro. Atendeu-nos uma menina de 11 a 12 anos, acompanhada de 5 crianças menores. Estas estavam - bastante sujas e descalças. Entramos numa sala limpa, na qual havia um armário com louça bem - arrumada, evidenciando que a dona da casa é -

bastante cuidadosa. Veio conversar conosco um tio da criança de mais ou menos 20 anos, que nos informou estar descansando porque havia "operado" dias antes. Quando perguntamos se olhava pelas crianças, respondeu-nos que quando faziam muito barulho levanta-se "para dar uma surra".

Relatório nº9 Família de M.J.T.

Visita planejada para verificar a causa do não comparecimento de M.J.T. e investigar a composição familiar. A família moradora em zona urbana foi facilmente localizada, porém não se encontrou a mãe da criança, que estava trabalhando fora. Desta forma, conversamos com a irmã de 11 anos que cuida da casa e das crianças menores. Fomos então informados de que a criança não compareceu ao serviço de puericultura por esquecimento da responsável. Paralelamente colhemos informações da composição familiar, tratando-se de família nuclear, onde o pai, a mãe e uma irmã de 13 anos trabalham fora, deixando a menor de 11 anos encarregada de cuidar da casa e de outras 2 crianças menores, inclusive do bebê M.J. Apesar da baixa renda familiar, inferida através do estado geral da residência, pudemos notar bom nível de higiene das crianças e da casa.

## Relatório nº10 Família de M.F.C.

Visita solicitada pela auxiliar de enfermagem do serviço de puericultura, para verificar se a mãe de M.F. tinha compreendido as instruções médicas, pois parecia desorientada por ter chegado recentemente de Minas Gerais e, apresentava muita dificuldade para explicar até onde morava. Reside com o marido e 2 filhos em uma casa compartilhada com a cunhada e o cunhado. Este foi quem os apanhou em Minas Gerais e os trouxe para Paulínia. Os homens desta família trabalham no corte de cana, ajudado às vezes pelas mulheres, e em troca tem a casa onde vivem e um pequeno salário, que a mãe de M.F. não soube informar de quanto era. A divisão dos aposentos é bem rígida, como se fossem duas casas numa só. São 4 cômodos, 2 para cada lado, como se fosse sala, cozinha e quarto. O fogão é à lenha em ambas as casas, embora a cunhada esteja relativamente mais bem instalada que os recém-chegados, pois em seu quarto tem um fogão à gás novo, que parece nunca ter sido usado. Quando lá chegamos os 2 fogões à lenha estavam sendo utilizados, causando muita fumaça, principalmente no aposento da recém-chegada. Esta nos pareceu bem orientada, inclusive do ponto de vista de noções de alimentação e achamos a visita sob este aspecto desnecessária. De qualquer forma foi interessante observar o tipo de organização de uma família recém-chegada de outro estado, e a rígida divisão estabelecida entre os pertences das duas famílias que moram juntas.

## Relatório nº11 Família de MMA e MMA (gêmeos)

As casas populares onde mora esta família (COHAB) são casas muito bonitinhas por fora, mas no caso que descrevemos é bem chocante a diferença entre o lado de fora e o lado de dentro da casa. Do quintal, a menina mais velha, que deve ter uns 14 anos, ao nos avistar, largou a vassoura e veio correndo abrir a porta. Perguntamos se sua mãe estava e a menina meio assustada disse que sim. De repente, entrou na sala dona B., um tanto surpresa e nos perguntou sorridente como estávamos e como tínhamos chegado até lá. Explicamos que queríamos saber se as crianças estavam bem, pois haviam faltado ao último controle. Respondeu-nos que sim, que estiveram um pouco resfriadas; que o resfriado já tinha melhorado e que "de repente voltou tudo de novo". Convidou-nos a sentar, desculpando-se pelo sofá que estava arrebitado. Havia um bando de crianças pretinhas ao nosso redor, curiosas pela novidade da situação. Brincamos com algumas delas e novamente dirigimo-nos à sua mãe, perguntando quantos filhos tinha, onde estavam e também sobre seu marido. Disse-nos que este trabalha na prefeitura como braçal; o filho mais velho, de 16 anos, na tecelagem e que o outro filho do meio vai ser guardinha. Quanto à menina mais velha, que nos abriu a porta, estuda no grupo em frente da casa onde moram, mas o pai quer tirá-la da escola de qualquer jeito, para ajudar a mãe em casa. Disse-nos que a menina gosta da escola e não quer sair de maneira alguma. Dona B. quer que a menina aprenda mais do que ela aprendeu e por isso, não está fazendo muita força para sua filha sair da escola. Perguntamos como era a casa. Disse-nos que tinha sala, 2 quartos, banheiro e cozinha. Perguntamos pelo quintal, dona B. respondeu que tinha e era

grande. Perguntamos se plantava alguma coisa. Disse-nos que tentava plantar mas que "a terra é muito ruim, tem muita areia e sem adubo não dá" e que "sô alguma coisa pega". Fomos olhar o quintal e num cantinho havia uma horta, mas muito pequenina. Do outro lado havia uma parreira e umas plantas em latas. Pediu-nos que não reparássemos na bagunça que "não dá pra arruma tudo quando tem criança". Justificou a falta ao serviço por não ter tempo, por ter muita coisa para fazer, como lavar a roupa de todos, cuidar das crianças e da casa. Brincamos um pouco mais com as crianças e fomos embora. Todos nos acompanharam até a porta da rua e acenaram quando a condução foi embora.

#### Relatório nº12 Família de C.E.G.

Chegamos a uma chácara onde mora a família. Uma moça nos atendeu e informou que a mãe pela qual procurávamos não estava por ali, devia estar "lá embaixo", lavando roupa. Fizemos menção de ir embora para voltar depois e a moça perguntou se não queríamos descer com ela e procurar lá embaixo ( a casa fica num barranco). Concordamos e ela nos guiou até lá dizendo que a criança estava passando fome com a mãe. A C.E. estava com um grupo de mulheres e enquanto uma delas cortava pedaços de cana com um facão, outra segurava a menina no colo. A que cortava cana disse-nos que a criança estava bem, que o problema é que a "mãe não liga, não quer saber da menina" e, que é ela quem está cuidando, que agora "tá até gordinha". Não tinha certeza do dia de ir ao "posto" porque era outra mulher que levava a menina. Disse que já meteram medo na mãe, disseram que "o pessoal do posto queria ver a mãe da criança, que dão-

até atestado médico pra ela faltar ao trabalho." A mãe de C.E. trabalha como faixineira na Limpeza pública. Disseram que "se ela não fosse - eles iriam até lá ver porque não foi". Enquanto ia falando, ia cortando cana. Disse que a mãe - "não quer nem saber da criança, mas também não quer dar ela pros outros cuidar". Mostrou umas mulheres do grupo, dizendo que ela e o marido não tem filhos e estão loucos para ficar com a menina, mas a mãe não quer. Disse que - quem ia acabar ficando com a criança seria ela. Um dos seus filhos, que estava por perto berrou que não. Mandou-o calar a boca e disse-lhe que iria ficar sim. Convidou-nos para subir - até sua casa. Veio com a menina no colo. Sentamo-nos para conversar. Ela e o marido são os donos da chácara, "vivem por sua conta" e têm um caminhão. Alugam parte da chácara para outras pessoas e uma delas é a mãe de C.E. Disse que pensou que "fosse direita, mas é vagabundinha. Vem homens buscar ela aqui na porta e ela passa a noite na farra com eles, em Cosmópolis" A mãe da menina mora em um quarto ao lado da casa e a noite a dona da chácara disse que procura empurrar a menina para a mãe e "põe ela -- num carrinho do lado da cama da mãe, mas num - adianta nada. Tudo o que eu faço de dia, a mãe - estraga de noite". Foi até a cozinha e mostrou a tigela de leite misturado com água da torneira, cheia de formigas e moscas. Aproveitamos para investigar mais a parte da alimentação e a dona da chácara estava bem informada a respeito do que deve ser feito. Falamos da importância da mãe vir ao posto, que não a assustassem muito, - pois iríamos apenas orientá-la. Disse que já - deu "uns apertões" na mãe de C.E. e que já falou com um advogado para ficar com a criança e criá-la. Não quer registrá-la, pois já pegou - uma menina para criar, muito doente, que tinha "larvas pelo corpo" e que ninguém queria.

Curou a menina, que ficou uma moça loura, bonita, que assim que ficou boa todo mundo queria ficar com ela e que acabou dando-lhe um "chute", indo embora. A dona da chácara trouxe os álbuns de - fotografia da sua família para vermos. O rapaz, seu filho, veio nos trazer diploma, carta de - apresentação do exército e medalha que lá ganhou. Trouxe também fotografias suas fardado, de arma em punho. O irmão mais velho também é do exército. Enquanto o rapaz nos mostrava o que ganhou, sua mãe suspirava orgulhosa. Nos convidaram para tomar caldo de cana e nos levaram até uma moenda manual.

O rapaz girou a manivela com força e serviu nos orgulhoso o caldo de cana.

C A P Í T U L O - V I I -

CAPÍTULO VIIDas Limitações e das Possibilidades de Atuação-

Para GAETE & CASTANÕN (s.d.), "Obviamente os problemas de saúde que sofrem os indivíduos de uma determinada sociedade, não são alheios ao seu modo de viver. É possível sustentar - então, que a nossa morbidade e a nossa mortalidade são parte - do preço que pagamos por viver de forma como o fazemos. E da - forma que o fazemos é a forma própria e específica de qualquer sociedade capitalista".

Partindo desta observação, torna-se necessário então, defini- - nir o modelo econômico e político da sociedade brasileira, sociedade na qual situamos nosso trabalho e, que é caracterizado como um modelo correspondente ao de uma sociedade capitalista. Esta colocação, salienta a necessidade de se articular a prática desenvolvida pelo serviço de puericultura, ao tipo de sociedade onde a desenvolvemos, com o objetivo de melhor situá - la no que se refere às suas possibilidades e limitações, como proposta alternativa que é de contribuir para a solução dos - problemas de morbidade e mortalidade na faixa etária de 0 a 2- anos.

Tentaremos definir o modelo recorrendo aos conceitos expostos por vários autores, sem ambicionar aprofundá-los, pelas - limitações pessoais que apresentamos neste sentido.

Segundo o Professor CARDOSO (1972), a sociedade brasileira é composta "de um lado, por amplos setores de massa rural, vivendo em níveis baixíssimos de existência, por populações ditas "marginais" quase sempre como uma expressão eufêmica para significar "miseráveis"; por outro lado, estão formadas por - uma classe média limitada e um setor dominante (seja ela urbano capitalista ou rural-latifundiário) relativamente restrito e, - o que é mais importante, distanciado, por sua renda e estilo - de vida, do resto da sociedade".

A respeito da distribuição de renda e das modificações sofridas pela mesma no Brasil entre 1960 e 1970, DUARTE (1971) - verificou que ocorreu uma intensificação na concentração da - distribuição na cúpula, e que isto se processou em quase todos os setores e regiões do Brasil, com maior intensidade no setor urbano que no primário.

Este autor delinea o seguinte perfil de distribuição: - "50% da população recebem 13,7% da renda total, os 30% seguintes recebem 23,1% da renda; os 15% sob a cúpula retêm 27% da renda e os 5% de rendimentos mais altos apropriam-se de 36% do total da renda". O grupo dos 50% engloba grande parte da população rural não proprietária, parte dos trabalhadores independentes do setor terciário e dos trabalhadores da indústria (os sub-empregados). O grupo dos 30% que tem uma renda média 3 vezes superior a do grupo anterior é composto por grande parte dos assalariados. O terceiro grupo, o dos 15%, é constituído pelos operários especializados, quadros médios da burocracia, pequenos comerciantes e parte do pessoal administrativo dos setores secundário e terciário. Seu rendimento é equivalente a 2,4 vezes ao do grupo anterior. O grupo dos 5% tem uma renda média que é equivalente a 26,4 vezes a renda média da metade da população situada no outro extremo da distribuição.

HOFFMAN (apud YUNES & RONCHEZEL, 1974) "explica o aumento do grau de concentração de renda no Brasil no decênio 1960-1970, principalmente nos setores secundário e terciário dentro do "modelo" de desenvolvimento brasileiro, ressaltando que vários aspectos da política econômica governamental estão diretamente ligados ao aumento da concentração".

Retomando-se a F.H.Cardoso (1972) "o modelo de desenvolvimento dependente que está sendo posto em prática permite dinamismo, crescimento econômico e mesmo mobilidade social, pelo menos no setor urbano-industrial da sociedade. É certo que ele provoca atrito entre as classes, é provavelmente "marginalizador" e seus efeitos não impedem as desigualdades: concentra rendas e aumenta a miséria relativa".

Resumidamente então, podemos configurar o modelo econômico e político brasileiro como sendo gerador por um lado de acumulação do capital e por outro, de miséria: a análise do quadro demonstrativo das características ocupacionais da população que constitui a clientela do serviço de puericultura, assim como a leitura dos relatórios de visita domiciliar, permite localizá-la basicamente nos dois primeiros grupos deste perfil de distribuição, que constituem os 80% da população remunerada e particularmente no grupo dos 50%.

As características descritas da Região de Campinas e nela, aquelas fornecidas para Paulínia, são bastante representativas das consequências do modelo instuído de desenvolvimento, quais-

sejam: migração cidade-campo intensa e crescimento populacional excessivo e rápido, não acompanhado por melhorias infraestruturais, necessárias à crescente urbanização da população.

A frequência com que aparece no setor primário o trabalho de volante, diarista ou "bóia-fria", assim como, o movimento migratório observado em direção ao município de Paulínia, necessitam ser analisados conjuntamente, como fenômenos decorrentes que são do modelo econômico/político de desenvolvimento. A direção do fluxo migratório depende fundamentalmente do fator de atração representado pela demanda de mão de obra no município, porém seus determinantes fundamentais são os fatores de expulsão, que caracterizam o crescente esvaziamento do meio rural, verificado em escala variada em todos os estados da federação. Evidentemente, a análise do processo migratório na região, requer um conhecimento mais aprofundado, que entre tanto, extravasaria os objetivos deste trabalho. Porém, é importante esclarecer que os fatores de atração, vinculam-se ao desenvolvimento urbano, decorrente do processo de industrialização e os fatores de expulsão decorrem do caráter capitalista da economia rural, cuja evolução "se faz de modo a excluir grandes parcelas da população do processo global de produção ... estes contingentes de população, liberados da economia rural, localizam-se nas cidades, na condição de ofertantes no mercado de trabalho... (permitindo)... uma alteração no sistema de exploração da força de trabalho na economia rural, de modo a garantir condições mais vantajosas para os detentores dos meios de produção: o trabalho "bóia-fria". MELLO (1975).

Assim, Paulínia, um município cuja arrecadação "per capita" é considerada uma das maiores do interior do país (2,5 mil cruzeiros para cada um dos seus 15 mil habitantes, segundo o jornal "O Estado de São Paulo" de 29 de junho de 1975), reúne ao lado desta riqueza, uma população vivendo em condições sub-humanas, é principalmente esta parcela que constitui a clientela do serviço de puericultura e que representa justamente, cerca de 80% da população de 0 a 12 meses de idade residente no município.

O quadro demonstrativo das categorias ocupacionais e os relatórios, evidenciam um aspecto particularmente importante: a absorção da mão de obra feminina no município é grande e ocorre principalmente pelo setor primário, e neste, a mulher participa geralmente de atividades diaristas.

A respeito da participação da mulher por esta porta de entrada do processo produtivo, cabe indagar, que tipo de influen-

cias exercerá tal incorporação, sobre o uso dos benefícios oferecidos pelo programa de puericultura.

MARTINEZ-ALIER (1975) em seu trabalho "As mulheres do caminhão de turma" apresenta contribuição importante para tal esclarecimento, propondo-se a analisar "em que medida as opções de trabalho dessas mulheres e seu desempenho podem ser entendidas em termos puramente econômicos; em que medida as variáveis culturais historicamente determinadas, relacionadas com a definição de papéis sexuais e organização familiar anteriores, devem ser levadas em conta por implicarem em certas restrições sobre a proletarização dessas mulheres".

Seu trabalho evidencia como a crescente incorporação da mão de obra feminina pelo setor agrícola, se vincula diretamente às necessidades de sobrevivência. As mesmas necessidades a nosso ver, explicam também a participação de crianças em tão baixas idades, em ocupação tão pesada.

O problema é colocado da seguinte forma pela autora acima citada: "antigamente (no colonato)... as mulheres participavam da produção de subsistência como uma extensão de suas tarefas domésticas. Agora, isso já não é mais possível, já que elas tem que vender seu trabalho por um salário, a fim de comprar o que é necessário para a subsistência".

O "antigamente" aqui referido, nos leva a estabelecer vínculos com o que foi relatado no relatório nº5, onde uma "avó" o cita: "antigamente (não havia necessidade) de viver no médico", criou 9 filhos sem nunca levá-los ao posto, "que nem havia posto antigamente e que curava todas as doenças com chás. "

Deste comentário, podemos inferir claramente que as alterações havidas no sistema de exploração da força de trabalho, provocaram uma piora nas condições de vida, onde a doença aparece como uma experiência quase que constante. Segundo LESER, (1972) "é compreensível que, com a redução da capacidade aquisitiva, mormente nas classes menos favorecidas, sejam prejudicadas, quantitativamente e, principalmente, qualitativamente, as condições de alimentação da população. Por outro lado, é fato comprovado que a desnutrição, além de poder constituir causa direta de morte, represente fator predisponente e agravante de doenças infecciosas, aumentando substancialmente os coeficientes da morbidade e de fatalidade das mesmas"

A remuneração recebida por uma jornada de trabalho, que as vezes alcança 12 horas, segundo o relato das mulheres que-

frequentavam a puericultura no ano de 1975, era de 12 a 15 - cruzeiros, que variava conforme a quantidade em arrobas de algodão ou de cana "catados". No relatório nº6 vemos que pai, mãe e filha de 14 anos, trabalham por 25 centavos de cruzeiro por metro quadrado de grama cortada.

Particularmente para a população com a qual convivemos, pudemos verificar que, embora sendo difícil para mulheres com filhos pequenos exercerem atividades fora do lar, muitas são forçadas a exercer este tipo de trabalho braçal rural, ou de prestação de serviços ficando o cuidado dos filhos menores delegado geralmente às filhas mulheres. Estas, muitas vezes com idades próximas aos 10 anos, são verdadeiras "mulherzinhas" precocemente amadurecidas, no relatório nº6, aparece uma destas meninas, de 13 anos, que assume o papel de verdadeira "dona de casa", cuidando dos irmãos menores, porque a sua mãe tem que desempenhar o papel de cortadora de cana, de grama e de algodão conforme a época, assim como a outra filha de 14 anos, por conta de um salário incrivelmente baixo, o que explica a necessidade de todos os elementos possíveis, dentro da família, venderem sua força de trabalho. Nesta família, a doença é um fato concreto e grave, mas não justifica a interrupção da luta pela sobrevivência imediata.

No relatório nº7, uma menina de 10 anos prontamente respondeu ao visitador sobre como se prepara uma mamadeira, antecipando-se às mulheres adultas que formavam aquela roda. Parece mesmo que as brincadeiras "próprias" desta faixa etária, que nas meninas de classe média ou alta são dedicadas às bonecas e ao preparo da "comidinha", aqui são substituídas pela tarefa de cuidar do irmãozinho menor e da arrumação da casa.

No relatório nº8, novamente uma menina de 11 anos cuida de 5 irmãos menores, enquanto o pai e a mãe trabalham na "roça". No relatório nº9, enquanto a menina de 11 anos cuida da casa e de 2 irmãos menores, o pai e a mãe, e uma irmã de 13 anos, lutam pela garantia da sobrevivência.

Acreditamos deste modo, que esta situação de trabalho da mulher, revela como o modelo econômico de desenvolvimento existente atua sobre a organização familiar tradicional e torna frágil o conceito de "binômio mãe/filho" muitas vezes, do ponto de vista social, ao restringir a disponibilidade de tempo dedicado às crianças menores.

Assim, no relatório nº3, a razão alegada para o não comparecimento ao serviço, foi o trabalho da mãe (volante); na visita

relatada no relatório nº6, as orientações alimentares, foram feitas para uma menina de 13 anos porque a mãe estava ocupada, trabalhando de "volante"; a visita a qual se refere o relatório nº8, teve como objetivo visitar uma das irmãs mais velhas (llanos) responsável pela criança durante o dia (a mãe trabalha na "roça") Também nos relatórios 9 e 10 aparece a ocupação da mulher fora do lar (na visita nº9, a mãe não estava presente, achava-se trabalhando fora de casa). O mesmo aconteceu no relatório nº12, onde a mãe da criança para a qual se pretendia dar orientações, estava trabalhando de faixineira, ficando neste caso os cuidados delegados a outras mulheres da vizinhança, que tem sobre a mãe, uma impressão bastante crítica e negativa.

Estas considerações, fornecem elementos para a análise de um aspecto importante na avaliação de serviços de saúde que é o referente à "evasão de serviço". A apresentação dos nossos resultados, embora considerando que a evasão do serviço avaliada da forma como o foi seja imprecisa e incompleta, evidencia que, concretamente, podemos enquadrar nesta análise aqueles 28 casos ocorridos por mudança do município e, os 54 casos em que houve um único comparecimento sem retorno. Com relação ao primeiro grupo, a constatação de que em 17 casos a volta se verificou para aqueles locais de procedência mais frequente, evidencia que o atrativo representado pela oferta de trabalho no município, para alguns possivelmente não passou de uma experiência frustrada.

Poderíamos limitar a análise da evasão do serviço, colocando-a como diretamente decorrente de uma série de fenômenos entre os quais, migrarão, distância e dispersão da população em relação à instituição, tipo de ocupação exercida pela mulher, papel desempenhado pela mulher a nível familiar em relação à divisão das tarefas dirigidas às crianças menores, fenômenos estes que consideramos fundamentais e que com frequência foram observados, como evidenciam os relatórios apresentados.

Entretanto, preferimos estender a análise ao fator discordância de interesses entre a instituição e a população que termina por refletir-se no tipo de relacionamento entre as duas.

Frequentemente, a evasão é vinculada à "exclusão do lactário" e encarada como "abandono" do serviço. Se a exclusão ocorre para todos os matriculados aos 12 meses de idade, a evasão geralmente é com ela coincidente. O comparecimento é --

atribuído então à exclusiva motivação pelo leite oferecido e isto revelaria o desinteresse das mães pelos demais benefícios oferecidos, tais como educação sanitária, vacinações, etc. Esta atitude é então, geralmente entendida como expressão do desinteresse que as mães têm pelos benefícios oferecidos, e para controlá-las propõem-se medidas repressivas.

As normas oficiais para distribuição de leite em pó nos Centros de Saúde e existentes no ano de 1974, bem refletem esta visão: " A distribuição de leite por parte da Secretaria de Estado, não deve ser vista como uma obrigação oficial do sustento da criança, mas como uma emergência social, por isto mesmo regida por normas e técnica de serviço social, enquanto perdurar a problemática. Se por um lado tem seu aspecto humano, pelo outro deve ser evitado o aspecto paternalista que pode estimular o desinteresse pelo trabalho, da luta pela vida ou abandono do aleitamento natural, salutar sob todos os aspectos. Deve ser aproveitada a distribuição do leite, como um meio para se fazer a educação sanitária em nutrição, ótima oportunidade para ser bem recebida e principalmente, nunca deve ser relegada a segundo plano o controle de execução do programa completo de vacinação. NÃO SE CONCEBE CRIANÇAS DO LACTÁRIO COM IMUNIZAÇÃO INCOMPLETA. O médico pediatra tem a obrigação profissional, moral, patriótica de estimular por todos os meios a alimentação materna.....Finalidade: atrair o maior número possível de crianças de classe social de baixo poder aquisitivo para frequência ao serviço de Higiene Infantil aproveitando a oportunidade para execução de todos os trabalhos de puericultura ( orientação alimentar), vigilância imunitária (vacinação), prevenção de moléstias, promoção da saúde pela equipe de saúde....."

Deste modo, não se concebe uma criança com vacinas atrasadas recebendo leite, mas geralmente não se questiona o porque de tal desinteresse, apenas limitando-se a explicá-lo pela ignorância, tabus, preconceitos, preguiça, etc.

É interessante observar como esta postura, de certo modo, tem se perpetuado ao longo da história. Em um trabalho sobre Documentos e Arquivos, referentes à Saúde Pública no Brasil, lia-se a respeito de um Mapa de vacinação do mês de abril de 1821 e publicado no "Diário do Rio de Janeiro": "Como vão vacinar-se um prodigioso número de pretos boçais, e muitas vezes conduzidos por um, que na intelecção pouco dista deles, não sabendo dizer o nome do senhor a quem pertencem, nem a morada, -

resultando disto o inconveniente de se não poderem procurar quando deixam de comparecer no tempo determinado, parecem-me que deveriam ser obrigados tais indivíduos, a remeter um papel em que declarassem os seus nomes, o da rua em que moram, e o número da porta", e na Gazeta do Rio de Janeiro de 1817: "Os Administradores do Expostos da Misericórdia, fazem saber às criadeiras dos mesmos expostos, que forem maiores de 4 meses e que ainda não tenham tido bexigas, que os deverão levar à vacina no consistório da igreja do Rosário..... devendo ainda apresentar a guia para se notar que se fez a vacina, ficando as mesmas certas que se lhe não farão pagamentos de criação e vestidos, enquanto não mostrarem os expostos vacinados" LEITE, (1976).

Medidas repressivas, punitivas, historicamente presentes e por muitos justificadas com ênfase, são bastante bem conhecidas pela população e importantes para explicar a imagem negativa que a instituição tem muitas vezes perante a mesma, - ainda quando não estejam sendo aplicadas, como no caso do Serviço de Puericultura. No relatório nº12, as mulheres presentes revelaram que "já meteram medo na mãe, disseram que o pessoal do posto queria ver a mãe da criança" e houve necessidade do encarregado pela visita, solicitar que não a assustassem mais, porque pretendia-se apenas orientá-la. Também no relatório nº4, observa-se o temor à uma possível reprimenda.

No caso presente, tanto para a população como para a instituição, representada pelo Serviço de Puericultura, os benefícios mais importantes oferecidos tiveram objetivos de comum interesse. Ao invés de tornar o fornecimento de leite dependente da vacinação em dia, condicionamos a vacinação à distribuição do leite e deste modo verificamos que praticamente não houve atraso vacinal, ao mesmo tempo em que se desenvolviam os controles periódicos programados.

Concluindo, podemos dizer que "evasão" do serviço quando se inverte a colocação dada ao fornecimento de leite, deixa de traduzir apenas um desencontro de interesses, de uma vez que a criança somente terá sua matrícula no lactário cancelada, quando seu estado nutricional o permitir. Além do mais, - no caso do Serviço de Puericultura de Paulínia o não retorno após o 1º ano de idade, não significa não retorno ao Centro de Saúde, o qual dispõe de atendimento em tempo integral.

Em suas metas o Programa de Funcionamento do Serviço de Puericultura, previa o controle de 70% das crianças nascidas-

no município até 30 dias de vida e o controle do crescimento e desenvolvimento de 60% da população infantil no primeiro ano de vida.

A apresentação dos resultados da captação e da evasão nos levam a concluir que a meta dos 70% de captação precoce deva ser atingida em breve espaço de tempo. Com relação a meta de 60% de crianças sob controle no primeiro ano de vida, podemos considerar que a mesma foi ultrapassada, como ficou demonstrado pela captação e pela continuidade do comparecimento observado.

Com relação à meta dos 50% de controle no 2º ano de vida, embora o tempo de funcionamento considerado não permita uma melhor apreciação, observamos que a mesma tendência está se verificando.

Destas afirmativas feitas a respeito do fornecimento de leite em pó em uma unidade sanitária, certamente surgirá a dúvida: em que medida isto não terminará por influenciar cada vez mais ao problema do desmame precoce, cuja ocorrência ficou evidenciada pela apresentação dos resultados? Vimos que, com menos de 1 mes de idade, apenas 31,4% das crianças matriculadas estavam em regime de aleitamento materno. Apesar do subregistro apontado, cremos que os resultados evidenciam a frequência do problema entre a população local.

A esta dúvida sobreponemos outras:

Nesta etapa de desenvolvimento do serviço, os fatores mais importantes foram: a conquista de um número crescente de matrículas em idade precoce, a utilização de um critério diagnóstico padronizado e o trabalho de educação desenvolvido em todas as fases do atendimento. Até que ponto ampliam-se deste modo, as possibilidades de atuação da instituição neste sentido, de uma vez que, mais mães chegam ao serviço amamentando, que a distribuição de leite não é indiscriminada, e que efetivamente em vários casos foi possível alcançar-se a continuidade do aleitamento natural?

Configurar-se-á algum dia a tendência ao aumento nas taxas da amamentação? Terá sido pequeno o período considerado para uma apreciação mais exata? Num prazo mais longo e tendo em conta futuras gestações destas mesmas mães, configurar-se-á a tendência ao aumento da amamentação ao seio? Enfim, qual a real possibilidade de atuação de um serviço de puericultura neste sentido?

Em que medida a industrialização, na forma em que vem se processando entre nós a migração e as outras consequências do

sistema econômico influenciam mais poderosamente sobre o desmame, limitando as possibilidades de sucesso do trabalho de educação, ao enfraquecerem do ponto de vista social o conceito de binômio mãe/filho?

O problema é complexo e na dissertação que se segue, abordaremos mais diretamente embora de modo genérico, a questão do trabalho de educação, que aparece como uma das alternativas encontradas para a solução do problema.

Torna-se necessário entretanto, deixar evidenciado o caráter de problema econômico, como é encarado o desmame precoce, e que afluem muito bem das palavras de JELLIFFE e JELLIFFE, (1971): "O aleitamento materno constitui uma economia financeira em comparação aos diversos tipos de alimentação a base de leite de vaca, em toda parte, mesmo nos países industrializados. E isto é particularmente evidente na maior parte do mundo, onde o preço de revenda dos produtos de substituição ao leite humano, sob a forma de leite de vaca em pó, evaporado ou condensado, estão fora do alcance das famílias... Admite-se cada vez mais que é economicamente impossível utilizar os leites industrializados na alimentação da maioria das crianças pobres das regiões menos desenvolvidas".

Assim sendo, do ponto de vista econômico, o leite materno, acima das reais vantagens que apresenta, aparece principalmente como fator de poupança para a economia mundial, a ser assumido, principalmente pelos grupos de população menos privilegiados.

Um dos principais objetivos do Serviço de Puericultura foi o de controlar o problema da desnutrição pelo fornecimento de leite em pó nos dois primeiros anos de vida. O Kwashiorkor franco, que obriga a tratamento hospitalar, foi verificado em apenas 1 caso: R.B., nº de registro 1107; internada aos 17 meses para recuperação nutricional, matriculada no Centro de Saúde desde o 1º mês de vida; o quadro se iniciou por volta de 8º mês e foi progressivo até a idade da descompensação, que coincidiu com agravamento da situação econômica familiar.

Após 17 meses de funcionamento, pudemos dizer que tal objetivo foi alcançado, no que se refere as formas extremas de desnutrição, particularmente no 1º ano de idade, onde não se verificou nenhum caso de marasmo nutricional; referimo-nos à desnutrição, não como um episódio conseqüente situação de doença, mas decorrente da carência nutricional pura. Para além dos 6 primeiros meses de vida, sabe-se que o leite torna-se

insuficiente para satisfazer a todas as necessidades nutricionais do organismo em crescimento. (SENÉCAL & DUPIN, 1971; FOMOM et alii, 1974; JELLIFFE, 1974). Para a nossa população porém, continuou sendo uma fonte importante, senão a principal em muitos dos casos, de proteína animal.

Para enfrentar o problema da desnutrição a nível ambulatorial, três fatores foram fundamentais, os quais evidenciamos mais uma vez: o modo de focar o fornecimento de leite para a população, que teve um cunho essencialmente terapêutico; a possibilidade de cobertura global sempre que necessária, garantia esta, que foi dada pela instituição; utilização de um critério de diagnóstico simples e padronizado.

Cabe indagar se a reprodutibilidade deste procedimento é viável, no interior de um sistema econômico que admite, como JELLIFFE & JELLIFFE, que cada vês é economicamente impossível de ser utilizado.

Os conceitos esboçados anteriormente e baseados naqueles fatos expressados pelos diferentes autores citados são profundamente antagônicos com que deixam transparecer geralmente a literatura médica, que tem um modo peculiar de focar os aspectos sócio-econômicos e culturais. Este modo de enfoque ilustra-se particularmente bem, nos trabalhos dirigidos ao estudo da nutrição humana em pediatria, nas diversas partes do mundo: "A não utilização dos recursos naturais pode ser devida ao conhecimento inadequado do que a criança pode e deve comer, assim como de atitudes, tabus, crenças e preconceitos em relação a determinados tipos de alimento. A crença de que somente adultos devem comer carne, ovo ou outros alimentos considerados "pesados", é muito comum nas classes de baixo nível sócio-econômico.....Onde os hábitos e costumes tradicionais estão mudando, novos riscos do estado nutricional da criança estão ocorrendo. Por exemplo, a prática da amamentação materna tem sido abandonada sem ser acompanhada por uma substituição adequada e compensada de novos métodos e técnicas alimentares, predispondo à desnutrição em idades mais precoces. As razões geralmente dadas pela mãe, ao adotar esta atitude, se referem à queixa de que seu leite é "fraco", "insuficiente", ou não satisfaz à criança". Algumas mães encaram a mamadeira ou a alimentação artificial como uma atitude de classe superior, considerando o aleitamento materno uma prática antiga, geralmente utilizada pela classe de baixo nível sócio econômico. (Marcondes, 1971, GRIFOS NOSSOS)

Configura-se de forma bastante clara o papel de etiologia, de fator predisponente dado ao conhecimento inadequado (expressado pelos tabus, crenças e preconceitos) e as atitudes adotadas (atitudes de classe) como determinantes de consequências negativas sobre o estado nutricional e portanto, de deficiências de ordem física como, baixa estatura e menor peso, maior suscetibilidade às infecções e a longo prazo, o retardo mental. (VEGA FRANCO, 1973)

Para JELLIFFE, (1974) "De los distintos inconvenientes que pueden conducir a la desnutrición, los siguientes factores sociales, económicos, culturales e patológicos, siempre merecen atención. DIETÉTICAS. La pobreza (o la verdadera imposibilidad de obtener alimentos proteínicos), así como la falta de conocimiento, el conocimiento "erróneo" (por ejemplo, prejuicios alimenticios), la producción y almacenamiento inadecuados de los alimentos.....PSICO-SOCIALES. El destete repentino,... inestabilidad de la familia (emocional, económica y social), e ilegitimidad".

Observa-se uma transposição pouco clara do econômico para o que seria cultural: uma dada classe social adota determinadas atitudes (de aleitamento artificial, de não ingerir determinados alimentos) sem dispor de recursos econômicos; esta situação, capaz de gerar a condição de vulnerabilidade, ora encontra solução na volta aos hábitos tradicionais (na amamentação materna), ora encontra obstáculos nos mesmos (nas crenças e nos tabus).

Geralmente classificam-se a estes hábitos tradicionais ou "costumes", segundo os efeitos visualizados sobre a saúde e o estado nutricional: costumes benéficos, cujo melhor exemplo seria o hábito de amamentação materna prolongada, costumes sem importância, costumes de eficácia duvidosa e costumes nocivos (como o de restringir de forma prolongada os alimentos para as crianças com diarreia) (JELLIFFE, 1974).

Deste modo, vemos que o "padrão cultural", sem uma caracterização nítida, oscila entre "o que é bom e o que é ruim", deixando transparecer entretanto, um predomínio de valores negativos, quando se refere ao observado nas classes menos favorecidas economicamente e de valores positivos atribuídos às classes sociais mais elevadas: "os diferentes modos de vidas diversas categorias sociais são todavia suficientemente importantes para causar uma diferença no ritmo de crescimento entre as crianças de categorias extremas, estando porém as

diferenças entre as categorias medianas pouco marcadas.... Ao contrário, o desenvolvimento mental continua estando estreitamente ligado às condições sócio-econômicas nas quais a criança está sendo educada... O coeficiente de desenvolvimento corresponde então ao coeficiente social". (GRAFFAR, 1971)

O que transparece da literatura médica é a impressão de - homogeneidade no interior das diversas classes sociais: o modelo estatístico que com frequência é utilizado, recorre a classificação dos indivíduos em categorias definidas por critérios objetivos (através de indicadores como ocupação, escolaridade, renda média "per capita", condições de habitação, etc), para - permitir identificar o risco maior ou menor de doença e de - deficiências.

Encontramos nas interpretações de BOLTANSKI, (1969) um modo diferente e singular na análise dos comportamentos das condutas maternas nas diferentes classes sociais. Os conceitos - expressados por este autor, profundamente antagônicos aos que deixa transparecer a literatura médica, exerceram poderosa influência sobre o trabalho desenvolvido no interior do Serviço de Puericultura.

Na primeira parte de seu livro "PRIME ÉDUCATION ET MORALE-DE CLASSE", analisa a puericultura desde o seu nascimento, - ocorrido na última década do século passado na Europa e particularmente na França-

A difusão do pensamento francês, não se deu sem obedecer - a uma sistemática, comum que foi no seu início à instituição--escolar e à instituição médica; demonstra como...."ele é solidário a toda uma ideologia da ordem e da desordem, da civilização e da selvageria e por isso mesmo, uma representação particular das classes populares e de seu destino".

Revê as obras de divulgação da puericultura, nos seus primeiros momentos, demonstrando como ela procura regular o comportamento das mulheres no seio do lar, buscando uma verdadeira transformação das atitudes, uma mutação, traduzindo os anseios de uma verdadeira ideologia reformadora. Este projeto de "regular a vida", não nasceu como tal para todas as mulheres, - tendo sido dirigido a racionalizar sobretudo os atos das mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas.

Em seu livro analisa um trabalho elaborado em 1904, intitulado " A JOVEM DONA DE CASA", onde a autora MADAME JULIE SEVRETTE descreve o comportamento de duas operárias, duas irmãs - pertencentes à mesma classe social e que apresentam atitudes -

bastante diferentes no que se refere aos trabalhos domésticos e aos cuidados com os filhos. Da sua leitura evidenciam-se dois modos distintos de se comportar: o comportamento "selvagem" no seu dizer e o comportamento "civilizado". Demonstra como comportamentos tão diferentes entre elementos de uma mesma categoria social não tem a mesma origem: "...Eu aprendi em casa, era a primogênita" diz uma das irmãs... "Eu aprendi trabalhando na casa - dos outros, criando seus filhos" diz a outra.

O comportamento civilizado é aquele que tem regularidade, disciplina: a casa está sempre em ordem, a alimentação se faz em horários fixos, a mamadeira e os demais utensílios do bebê são esterilizados periodicamente, o peso do bebê é controlado sistematicamente, os poucos recursos financeiros são bem distribuídos, etc. É o comportamento que requer a inteira disponibilidade da mulher na execução das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos.

O comportamento selvagem é o comportamento da desordem, da irregularidade nos horários, dos hábitos incorretos e das infrações às regras da boa criação.

A descrição dos comportamentos em tipos tão diversos no interior de uma mesma categoria ou classe social, como evidencia BOLTANSKI, serve para ilustrar a intenção de graduar, de hierarquizar as condutas maternas em "menos evoluídas" e "mais evoluídas" o que quer dizer "...finalmente, dos mais afastados aos mais próximos, segundo o grau de sua existência, a regularidade e a ordenação de suas condutas (em relação à) dos membros das classes médias."

Da leitura do relatório número 12, transparece sem dúvida a imagem destes dois comportamentos: "A mãe de C.E. mora em um quarto ali ao lado e à noite a dona da chácara disse que procura "empurrar" a menina para a mãe: "eu ponho ela num carrinho do lado da cama da mãe, mas não adianta nada. Tudo o que eu faço de dia, a mãe estraga de noite". Foi até a cozinha e mostrou a tigela de leite misturado com água de torneira, cheia de formigas e moscas."

A mãe da criança não está presente, mas as suas atitudes descritas pela outra mulher, constituem a própria representação do comportamento selvagem. Também ficam suficientemente evidenciadas as razões estruturais e econômicas que explicam em grande parte tal diferença nos comportamentos: a posição de dona da chácara é bastante diferente da apresentada pela mãe da criança, que é solteira, faixineira e que aparentemente se prostitui, condição esta, que fundamentalmente, revela dificuldades muito maiores na luta pela própria sobrevivência.

Destas obras de vulgarização da puericultura, escritas há setenta anos ou mais na França, o que mais nos surpreendeu foi a constatação da atualidade da ideologia reformadora que apregoavam: "Para que el crecimiento del niño y su desarrollo se efectúen en buenas condiciones, su madre debe estar disponible. Ello implica que ella pueda no trabajar durante un tiempo lo -

suficientemente largo como para assegurar, lo mejor posible, el desarrollo del niño. Pero es igualmente necesario que la madre pueda tener una actividad exterior que le procure una disponibilidad feliz y sonriente que ella no tiene, generalmente, cuando está confinada a las actividades domésticas..... La insuficiencia cultural es muy a menudo producto de una condición socio-económica que desfavorece a las madres, obligadas a aportar a su hogar el producto de un trabajo agotador". (LEBOVICI, & DAVID, 1971)

Verifica-se a presença atual deste "projeto" de regulamentar a vida não apenas em livros e revistas técnicas dirigidas aos profissionais da saúde, mas incluída com frequência nos meios populares de divulgação como nos jornais, nas revistas dirigidas ao público feminino, no rádio e na televisão. Assim escreveu Irma Fioravante Lobato no suplemento agrícola do jornal "O Estado de São Paulo", aos 30 de novembro de 1975".... Mas, mesmo assim, muitos casos de desnutrição infantil se poderiam evitar se as mães soubessem como utilizar seus poucos recursos alimentares e se dessem ao luxo de implantar um pouco mais de higiene no ambiente doméstico. Muitas deficiências alimentares se poderiam evitar ou pelo menos minorar, se os camponeses aprendessem a produzir melhor..... Como representantes de um país que, nos idos de 1962, ainda era considerado subdesenvolvido tivemos o bom senso de mostrar gente de pés descalços, fervendo água em latas limpas, em fogões feitos com tijolos e folhas de zinco e utilizando essa água fervida para lavar e preparar alimentos; mostrou-se gente borrifando o chão com água antes de varrê-lo, para não levantar poeira; enterando ou queimando o lixo, matando moscas, utilizando a casinha, cobrindo mamadeiras e bicos com panos velhos lavados e desinfetados ao ferro quente, desses de brasa. Viu-se gente criando galinhas em minúsculo cercado e colhendo alguns ovos para as crianças, plantando uma pequena horta com a ajuda de crianças barrigudas e sorridentes. Era a nossa realidade; mas viu-se também o que se podia fazer para melhorá-la..."

Aparece claramente configurada a idéia de que a introdução de novos hábitos "melhora a realidade", aproxima os "menos evoluídos" e, portanto mais vulneráveis e deficientes culturalmente dos "mais evoluídos". Assim sendo, a transformação que deve ocorrer é a das atitudes, dos comportamentos, restringindo-se praticamente a isto a melhoria observada na realidade, embora se mantenha inalterada a situação econômica. Estas modificações de comportamentos constituem então, objetivo a ser-

atingido pela educação, como conteúdo da puericultura.

O que se pretende com a mesma é persuadir as pessoas das classes menos favorecidas economicamente e culturalmente a modificar seu modo de vida, com vista a melhorar sua saúde através de uma melhor utilização dos recursos disponíveis. Para tanto, o educador deve..." conocer a la gente, sus problemas y lo que quiere saber, y debe comprender cómo la pobreza, la ignorancia, las costumbres hondamente arraigadas, establecidas - hace mucho tiempo, la inercia y la superstición pueden ofrecer resistencia al cambio de hábitos. Debe apreciar que antes que la gente cambie, debe desear el cambio y que este deseo comprende la creencia de que el nuevo método conducirá a las metas deseadas y que ello es posible física y economicamente", (JELLIFFE, 1971).

Assim, se por um lado temos a literatura médica geralmente a sugerir um papel etiológico para as atitudes adotadas pelos elementos das classes populares, em função dos conhecimentos inadequados que possuem e, gerando desta forma a sua própria condição de deficiente, e vulnerável do outro lado, aparece o enfoque dado por Boltanski. Deste surge a concepção mais verdadeira de que o que existe nas classes populares são indivíduos que estão colocados à margem de uma cultura que se reconhece como a única cultura válida possível, em um modelo econômico de desenvolvimento onde coexistem acumulação e miséria e onde a educação pode surgir unicamente como um projeto de domesticação, através da qual se pretende contribuir para a eliminação da condição de deficiente e vulnerável.

No segundo capítulo de seu livro, Boltanski evidencia como as diferenças encontradas entre as práticas de puericultura, realizadas pelos elementos das classes superiores e inferiores, vincula-se a diferente velocidade de difusão dos novos conhecimentos médicos nessas classes sociais.

" No seu modo de alimentar aos bebês, as mulheres das classes populares se aproximam das regras impostas e difundidas pelos médicos, da geração de 1900. São mais numerosas as que praticam a amamentação materna; prosseguem com a amamentação durante um tempo maior e administram sucos de fruta mais tardiamente que os membros das outras classes sociais. As papas constituem frequentemente até os 6 meses, ou ainda mais, o essencial na alimentação das crianças das classes populares, aos quais se dá carne e legumes verdes menos precocemente que nas classes médias e sobretudo que nas classes superiores. Interrogar aos membros das classes baixas, sobre seus conhecimentos médi -

cos é pois, de certa forma, consultar a uma obra de história da medicina. Os membros das classes populares são com efeito os últimos detentores de conhecimentos médicos antigos, ignorados pelos membros das classes superiores e que a medicina oficial de hoje, esqueceu. Assim, mulheres de classes sociais diferentes porém pertencentes todas à mesma geração, e que são "stricto sensu" contemporâneas, são de fato as depositárias, segundo o lugar que ocupam na hierarquia social, de conhecimentos médicos cuja origem sãbia é mais ou menos antiga. Se os membros das classes baixas podem fazer-se hoje de portavozes inconscientes dos médicos dos séculos passados, não é porque o saber legítimo se difunde em um ritmo desigual nas diferentes classes sociais, em função da sua distância com relação à cidade sãbia, atingindo primeiro as classes superiores, logo as classes médias e enfim as classes populares, aonde vem de certo modo depositar-se em forma de pedaços soltos ou restos?"

As atuais práticas de puericultura correspondem à compreensão do binômio saúde-doença através de uma visão preventivista. Para os membros das classes populares a doença é um acidente e isto, se deve ao fato de não possuírem o referencial teórico que justifique na maioria das vezes as recomendações médicas relacionadas à puericultura. No relatório nº1, vimos como as noções de que "água corrente é água limpa" e de que "água filtrada também é limpa", vinculam-se à concepção de que o perigo está naquela sujeira visualizada e chocam-se com o conhecimento científico a respeito da transmissão de doenças por via hídrica, causadas por microorganismos, invisíveis a olho nú. A isto se soma o cunho autoritário, fiscalizador das práticas médicas, que raramente adquirem o caráter explicativo necessário. Assim visualizamos as origens das resistências encontradas.

O desconhecimento de particularidades da população por parte das agências de saúde, acabam por explicar a pouca eficácia e o baixo impacto de muitas das ações desencadeadas. Na apresentação da distribuição dos comparecimentos ao Serviço de Puericultura, ocorridos para um grupo de 38 crianças, verificamos que de um total de 777, 37,3% (290) foram controles em que se diagnosticou intercorrências mórbidas. Verificamos assim que o ritmo destes exames vinculou-se diretamente à presença de morbidade e, que esta foi frequente e variada para uma mesma criança, apesar das medidas preventivas efetuadas e do trabalho de educação realizado.

Isto evidencia, que a população recorreu ao Centro de Saúde de Paulínia tanto para prevenção como para doença e, salienta a importância dos serviços instituídos basicamente sobre interesses de prevenção, estarem aptos a garantir ações curativas, indo desta forma, de encontro às reais necessidades de saúde da população.

Evidentemente, o estado de saúde pleno não é alcançado e as intercorrências infecciosas (intestinais e de vias aéreas), dermatológicas e outras, continuam numerosas por criança. Mas, inegavelmente ampliam-se as possibilidades de defesa do organismo, com a cobertura nutricional oferecida e com a disponibilidade do serviço em termos de atuação precoce sobre a doença.

De modo geral, existe a idéia de que basta transmitir uma "informação ao público" para conseguir educar e, portanto, regulamentar as práticas das classes mais baixas. ZALTMAN, et alii (1973), concluem após um enquete sobre as práticas de alimentação infantil realizado na Costa Rica, que o rádio constitui um meio especial de informação em matéria de saúde, para as pessoas de baixo nível educativo. O problema principal neste sentido, a nosso ver, está na forma como são utilizados os meios de divulgação, tanto que, geralmente as explicações para os objetivos não alcançados, centralizam-se nas "barreiras culturais", "ignorância", "tabus", "preguiça", etc.

A este respeito, Boltanski coloca que "se as enquetes de opinião parecem devolver aos médicos reformadores, como por um jogo de espelhos, a imagem esperada e prevista das condutas maternas, anárquicas e desordenadas nas classes populares, metódicas e regulamentadas nas classes superiores, não será em primeiro lugar, que a mesma ideologia que estrutura a percepção dos reformadores, impregna também os métodos por meio dos quais eles pretendem realizar um registro neutro, factual e por assim dizer, objetivo da realidade?"

Em um trabalho realizado num Centro de Saúde na cidade de São Paulo, também referente às práticas de alimentação no primeiro ano de vida, a autora se propunha a identificar as suas características nos diferentes "níveis sócio-econômicos", mediante o conhecimento das "crenças" e "conceitos das mães"; já na introdução do trabalho, faz a apresentação das condutas anárquicas e desordenadas das mães de classe baixa, referindo-se ao abandono dos alimentos protéicos diante da situação de doença, ao abandono do seio materno, etc. Após a aplicação de um questionário do tipo:- Amamentação materna, sim        não

porque \_\_\_\_\_, Quando seu bebê está com diarreia, quais os alimentos que a senhora dá a ele? \_\_\_\_\_ Porque? \_\_\_\_\_ conclui que "Os alimentos constantes das escalas dos dois grupos sócio-econômicos são os mesmos, porém os graus que ocupam em cada uma delas são diferentes. Cinco foram os alimentos consumidos pela maioria das crianças do grupo sócio-econômico de melhor nível enquanto que, apenas três foram os consumidos pela maioria do grupo sócio-econômico menos favorecido" (ULLOA, s.d.)

Para Boltanski..." A leitura e a análise dos resultados destes enquetes, restringem ao discurso redutor que descreve os comportamentos maternos dos membros das classes populares em termos negativos. Se, isto é assim, é porque estes enquetes construídos sobre o modelo do exame escolar, se limitam a formular estas perguntas a respeito das quais não há mais do que uma resposta correta, a do livro do professor, lançando em um mesmo abismo de ignorância todas aquelas em que os conhecimentos reais se afastam do conhecimento legítimo e oficial. Também, como o fazem espontânea e ingenuamente médicos, educadores e higienistas, estes enquetes tendem enfim a classificar a todos os indivíduos em grupos desiguais, os bons alunos à direita e os maus alunos à esquerda, e a constatar que os bons se encontram mais frequentemente nas classes superiores e os maus nas classes populares."

Por outro lado, constatamos com certa frequência, entre médicos e outros profissionais da saúde, uma postura determinista perante a relação existente entre a situação sócio-econômica da população e suas condições gerais de saúde, que deixa transparecer a incredulidade para qualquer tentativa de melhorar estas mesmas condições gerais de saúde. Não compactuamos com tal determinismo.

Para nós, após o encontro com BOLTANSKI, melhor se delinearam as possibilidades de atuação, mesmo considerando-se que as ações para a saúde se desenvolvam no interior de uma situação social contraditória. A principal, é representada pela dinamização das relações de comunicação entre o conhecimento médico e o conhecimento popular, ou em outras palavras, procurar romper com o caráter autoritário e impessoal da consulta, tornando-a explicativa, sem se aproveitar entretanto, das reinterpretações que o saber popular faz do saber médico, pela falta do referencial teórico adequado.

A título de exemplo, relataremos dois fatos observados e-

que nos parecem bastante ilustrativos:

Uma das mães que frequentava regularmente o Serviço de Puqricultur nos relatou um confronto havido entre ela e um dos médicos residentes, que estagiava pelo serviço. Havia sido severamente reprimida, porque vinha utilizando caldo de feijão preto como um dos componentes da dieta que fornecia a seu filho, uma linda e saudável criança mulatinha, que apresentava então entre 8 a 10 meses de idade. Esta senhora ficou impressionada com a reprimenda recebida e, absolutamente não a aceitou. Justificava-se argumentando que assim vinha procedendo desde os 3 meses de idade do seu filho e que no Rio de Janeiro, de onde viera, todos tinham igual costume. Este fato evidencia muito claramente a desnecessidade e a inutilidade de reprimenda, que traduz a imposição de um discurso médico que ignora todos os determinantes de tal procedimento da parte da mãe.

Outra senhora, esta de condições gerais de vida muito mais precárias que a anterior, recém-chegada de zona rural do Estado de Minas Gerais, mãe de muitos filhos, sendo muitos destes e o marido portadores de shistosomose; nos forneceu o seguinte exemplo de reinterpretação: uma das orientações dadas a esta senhora, referiu-se ao "banho de sol" pela manhã, importante para o crescimento ósseo normal, devendo realizá-lo em determinado horário e gradativamente. Pois bem, quando retornou, indagada a respeito do procedimento seguido neste sentido, disse que havia feito tudo "direitinho", colocou água em uma bacia, deixou a bacia ao sol e "quando a água tava morninha pôs o nenê dentro, e deu o banho de sol".

Não são caricaturas, são fatos acontecidos, e que evidenciam a necessidade de dinamização da relação médico-paciente. No relatório nº3 vemos como muitas vezes nesta relação, apenas se reforça a reinterpretação: "Um médico de Paulínia recomendou não fazer o exame, porque o menino não podia perder nem uma gota de sangue".

Retomando-se à BOLTANSKI, "O que se exige dos membros das classes populares é pois, em definitivo a adesão cega a regras cujos porques não conhecem, e posta em prática de técnicas recortadas do saber nacional que as fundamenta e lhes dá sentido".

Voltando ao problema da valorização do leite materno, aqui encontramos um exemplo que ilustra bem esta necessidade de dinamização: entre as mães que amamentam seus filhos ao seio, é frequente observar-se a informação de que "meu leite é fraco, não sustenta". Esta noção de leite fraco é radicalmente negada

pelo conhecimento científico, que afirma seu valor como nutriente ideal e completo. A informação parece ser apenas um argumento a mais, utilizado por aquelas que "voluntária e criminosamente" optam pelo abandono desta prática." To be breast fed or not literally decides between life and death for the vast majority of infants in developing countries "(CAMERON & HOFVANDER, 1971)

Deste modo, a informação é encarada pelos médicos como uma resistência oferecida pela mãe, a qual procura vencer, mediante o enunciado das consequências negativas desta "atitude voluntária". A infecção e a morte serão o resultado final se houver de sobediência e a manutenção desta "atitude inconsequente". A frequência enorme com que esta informação aparece, não justifica geralmente nenhuma mudança de atitude por parte do médico, que prefere sempre atribuí-la à ignorância e irresponsabilidade da mãe, preferindo às vezes, catalogá-la com termos perjorativos como "tigrona" como temos observado acontecer." Essa não é uma descoberta nova. Já no século XVIII a França desenvolveu uma campanha promovendo o aleitamento materno para combater as elevadas taxas de mortalidade infantil e, no final do século passado, a Finlândia decidiu aplicar penalidades às mães cujos filhos morressem até os seis meses de idade sem terem sido amamentados" (Jornal "O Estado de São Paulo" de 30 de novembro de 1975).

Este é um exemplo do confronto de percepções distintas sobre o mesmo fenômeno. O pensamento das mães decorre do contraste entre ralo/grosso e fraco/forte; o pensamento dos médicos decorre dos conhecimentos a respeito do valor biológico do alimento.

O aspecto ralo do leite, no início da mamada, realmente é um fato dependente do teor de gordura e que é visualizado pela mãe. Para ela, não estão presentes os conhecimentos científicos de valor protéico, de anticorpos, etc. O médico ignora e resiste a este desconhecimento. Parece preferir informar àquelas mulheres que não necessitam de informação.

Não basta negar a existência de leite materno ralo e fraco. Torna-se necessária a transmissão do verdadeiro conhecimento científico (de proteína, de proteção à infecção), acrescentando-o ao aspecto verdadeiramente ralo do leite materno.

Este "colóquio singular", no dizer de Boltanski, de modo indireto é revelado pelo espaço de tempo dedicado à consulta médica, que nos Centros de Saúde por exemplo, é sabidamente

inferior ao observado a nível da clínica particular. Geralmente, a justificativa dada para este fato, por parte dos médicos, refere-se à insuficiente remuneração recebida. Assim, a pré e pós-consulta, parecem constituir atos de uma peça, o primeiro e o terceiro, a sugerir para o segundo, a consulta médica a impossibilidade de comunicação verbal.

O que ocorre na consulta médica dirigida a elementos das classes sociais menos favorecidas, na verdade é, na grande maioria das vezes, o encontro entre dois representantes de setores estruturalmente opostos, onde se configura mais do que nunca, uma relação de dominação do discurso médico sobre o discurso popular. No serviço de puericultura, pudemos observar que a relação estabelecida entre o pessoal para-médico e as mães, sempre foi uma relação mais fácil, mais fluida e, portanto, mais simétrica.

Em seu trabalho, Boltanski, também evidencia que a duração da consulta médica, parece diminuir com a classe social do doente. Esta situação é nitidamente visualizada, quando se utilizam nos centros de saúde, os modos racionalizadores de avaliação de serviços: o instrumento hora/médico esperado, segundo o regime de trabalho especificado, deverá dar um rendimento de 5-consultas/hora. Geralmente, observa-se que o horário efetivamente cumprido é inferior e, o rendimento ou é amplamente superior ou é bem inferior. Em consequência, a concentração de controles por cliente, geralmente também, é inferior à preconizada. SCHOR et alii (1975), no diagnóstico efetuado da situação de assistência pré-natal na Região de Campinas, a qual foi classificada como "sofrível, mostrando aumento da relação custo/benefício", concluíram, entre outras razões apontadas, que "O rendimento médico atingiu níveis muito baixos em todos os distritos sanitários", que foi entretanto, justificado por estes autores como decorrência de problemas de ordem institucional: "número de médicos excessivos em relação ao proposto pela portaria do Diário Oficial e o necessário para atender a população gestante centro-dependente" (estimada neste trabalho como equivalente a 25% da população). Assim, paralelamente ao número excessivo de médicos, verificou-se "um suceder de baixas coberturas associadas a baixas concentrações... o que permite afirmar com segurança que os serviços de pré natal da Regional de Campinas estão tendo pouca ou nenhuma influência na saúde da população gestante." Os mesmos aspectos se repetiram para outra agência de saúde, o INPS, como demonstram os autores deste trabalho citado.

Considerando a crítica ao Setor Saúde, é óbvio que não se pretende atribuir exclusivamente ao problema do relacionamento médico/paciente, a pouca eficácia dos serviços de saúde que atendem as classes menos favorecidas. Pretende-se evidenciar um aspecto importante, que sem dúvida exerce papel fundamental, porque como revela a análise feita por AROUCA (1975), "a unidade mais simples a ser considerada no interior da Medicina - é o cuidado médico, que envolve uma relação entre duas pessoas" e onde "médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, - em que um é portador de necessidades e o outro de conhecimentos. Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim - o cuidado, forma instrumental deste conhecimento monopolizado"

Deste modo, o que se pretende ressaltar é a necessidade de buscar a síntese entre as duas formas de conhecimento, visando a apropriação do saber popular pelo profissional de saúde e, - a apropriação do saber médico pela comunidade.

Em última análise, a leitura de Boltanski introduz a necessidade da crítica permanente sobre a própria prática desenvolvida, no nosso caso, até então orientada pela literatura médica, de modo geral, fornecedora de uma visão parcelada da realidade e pouco ou nada reveladora do quão dominante pode ser a relação médico/paciente, e que reflete ela mesma, uma relação de dominação do conhecimento científico sobre a sabedoria popular.

Este novo enfoque, permitiu recolocar a puericultura diante de seres humanos concretos, permitindo que o tempo de convivência com o serviço fosse longo o suficiente, e por ter sido na maioria das vezes entremeado de experiências de doença, garantiu a transmissão de uma série de conhecimentos importantes sobre - como enfrentar tais situações. Assim, em caso de doença numa - outra ocasião qualquer, a busca pela atenção médica será precoce e o encontro, com grande probabilidade, se fará com uma postura mais crítica diante do tipo de atendimento que vier a ser - fornecido, porque um ser humano concreto adquiriu o conhecimento de que também é capaz de cuidar e preservar a sua saúde.

Vimos que os objetivos principais a serem atingidos pelo - Serviço de Puericultura, tal como definidos pelo programa de - funcionamento, são os de contribuir para proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução do processo de crescimento e desenvolvimento normais e, de detectar e tratar o mais precocemente possível, processos patológicos que possam prejudicar - a esta evolução.

Neste caso, torna-se necessário discutir o conceito de normalidade, por constituir-se no próprio objetivo a ser teoricamente atingido.

De modo geral, as investigações sobre o crescimento físico da criança, tem por objetivo a elaboração de curvas que detalham as variáveis mais importantes e, a obtenção de estatísticas que permitam comparações entre grupos, examinando-se as influências de vários fatores tais como os de ordem genética, os padrões culturais, o meio ambiente econômico e social, etc.

Para FALKNER F, (1971) estas investigações, mostram que o processo de crescimento humano é um fenômeno complexo e difícil de compreender, complexidade esta que se evidencia pela própria introdução do conceito de normalidade a anormalidade: "se a curva de crescimento com relação ao modelo (em um caso individual), se o modelo mesmo (no caso de um grupo observado) é normal e compatível com uma existência sadia, o estudo apresenta um interesse científico em si. Se o crescimento físico individual ou o modelo são anormais com relação a uma norma e, se eles não são compatíveis com uma existência sadia, uma intervenção apropriada deveria melhorar as condições de crescimento".

Da apresentação da amostra de medidas antropométricas e, portanto, do grupo de crianças que representa, transparece sobretudo esta dificuldade para se definir a normalidade nutricional: a análise da distribuição percentual das medidas de peso e comprimento obtidas de um grupo de crianças, demonstrou uma grande variação ao serem utilizados padrões e critérios diagnósticos diversos. O número de medidas que se incluem entre os vários níveis de porcentagem de adequação, ora aumenta, ora diminui.

Para MENDES (1974), "A imagem objetiva consiste na idealização de que se pretende atingir como resultado do desenvolvimento de um programa. Assim, são descrições de aspirações que representam a fruição das ideias estabelecidas pelos valores" .....que seriam...." Os valores, como concepção do que é desejável ou do que vale a pena e como critérios para a determinação de preferências ou para justificativas dos rumos de ação....."

Deste modo, espera-se que o desempenho de uma criança quanto ao crescimento apresentado, e dependente do seu estado nutricional e dos processos mórbitos aos quais seja submetida, se acerque ao padrão de normalidade, sendo este, definido pela

concepção daquilo que se deseja atingir. Dentro desta concepção, a desnutrição e a morbidade aparecem como resultados e/ou determinantes de um processo de agressão, capaz de desviar os indivíduos do padrão de normalidade idealizado e que necessita ser contido.

Pela apresentação dos resultados obtidos sobre os indicadores antropométricos, propusemo-nos a verificar com que frequência a desnutrição apareceu entre a população infantil, matriculada no Serviço de Puericultura. Por outro lado, com a apresentação da distribuição dos comparecimentos, quanto ao tipo de atendimento efetuado, propusemo-nos a verificar a influência da morbidade sobre o ritmo dos mesmos.

Os resultados evidenciaram que a puericultura, como uma prática dirigida a atender as necessidades de saúde de uma população infantil, com as características descritas, foi essencialmente desenvolvida sobre a experiência da doença e da desnutrição: obtivemos aproximadamente 25% de desnutrição dos diferentes graus e em 37,3% dos controles realizados, houve diagnóstico de algum tipo de patologia.

Cabe agora discutir se foram ou não alcançados os objetivos propostos, através do desenvolvimento do programa. Para tanto, torna-se necessário buscar pelo conhecimento e pela compreensão dos fatores determinantes do processo de agressão, responsáveis pelo desvio dos indivíduos dos "padrões de normalidade", para saber exatamente em que medida limitam as possibilidades de atuação de um programa imbuído de aspirações, tais como as especificadas.

O conhecimento científico procura incessantemente solucionar a esta dificuldade de definição normal, através da busca de indicadores mais precisos do estado nutricional. "É razoável supor a existência de alterações biológicas anteriores ao aparecimento dos sinais clínicos, e são justamente estas alterações que buscamos. Por definição, para que uma medida seja sensível, deve fornecer resultados positivos quando outros testes ainda se apresentarem negativos. Como demonstrar então que o resultado positivo tem significado? Ademais, o emprego de palavras tais como "resultado positivo" implica em outra questão: sugere, de início, a possibilidade de definir um nível normal ou intervalo de variações que são precisamente os dados não conhecidos. WATERLOW & ALLEYNE, (1974).

Trata-se evidentemente de um obstáculo conceitual e que comporta diversas formas de abordagem. MERCER, (1972) distingue três formas de focar o problema:

" The discipline of medicine typically approaches problems - using a pathological model and defines normal performance - within that model... "Normal" becomes a residual category - containing those organisms which do not manifest "Abnormal" symptoms... Psychology is more likely to use a statistical - model for defining normal.... Sociologists define normal - from a non clinical, social system perspective which is not oriented toward treatment."

Recorremos a CANGUILHEM(1971) para buscar pela compreensão do conceito, segundo o qual, " um ser vivo é normal em - um dado meio ambiente, na medida em que é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências deste meio".

Anteriormente dizíamos que os diferentes estilos de vida são determinados pela atividade humana coletivamente considerada e, esta é uma "atividade normativa", porque institui - normas e é, deste modo, responsável pela existência de diferentes "modos de andar a vida". No dizer de CANGUILHEM, para a ciência a "saúde é um conceito normativo, que define um tipo ideal de estrutura e comportamento orgânico;... a saúde é - o bem orgânico". Para o indivíduo, como ser humano no ambiente onde vive experiências biológicas concretas, estas concepções dadas pela ciência lhe são alheias; para ele a "saúde é uma - margem de segurança, com respeito às infidelidades do meio ambiente" e.. "estar são, não é só ser normal em uma situação - dada, mas também ser normativo nesta situação e em outras situações eventuais": e o patológico não é a ausência de norma - biológica, porém uma norma diferente que foi comparativamente recusada pela vida" e que "consiste numa redução da margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente".

O modo científico de encarar o binômio saúde/doença bem - como aos diferentes "modos de andar a vida", gera muitas das medidas terapêuticas que procuram instituir novas normas, mas como afirma CANGUILHEM "não se ditam cientificamente normas à vida". A puericultura, com suas raízes neste modo científico - de encarar o binômio, é desta forma um dos instrumentos com - os quais a ciência procura intervir sobre estes diferentes - "modos de andar a vida" pela aspiração de alcançar as novas - normas idealmente instituídas, e principalmente através da - imposição de regras de comportamento. Verifiquemos melhor esta - afirmativa:-

Como afirmava GARN (1962), ao ser a antropometria utilizada como um método operacional de avaliação do estado nutricional, os seguintes pressupostos são assumidos: "... para indivíduos dentro de um "pool" genético particular e que ainda estejam crescendo, assume-se que os maiores sejam os mais bem nutridos".

A desnutrição é tomada então como o resultado de um processo de agressão, capaz de desviar os indivíduos de um padrão de normalidade ideal, grupando-os entre limites percentuais inferiores ao mesmo, e de tal modo, que se, para uma dada população a frequência de indivíduos neles situados for elevada, isso indicaria uma tendência da população como um todo a evoluir - neste sentido. A inferioridade constitucional seria decorrente da ação constante, geração após geração, da fome crônica e de outros fatores ambientais adversos. Deste modo, o objetivo - primeiro a ser teoricamente atingido através da puericultura, - como alternativa de solução que representa com seu conjunto - de regras disciplinadoras dos comportamentos humanos, é um - objetivo idealizado, segundo a visão científica, valorativa e categorizadora dos indivíduos, que os coloca em um escalonamento, hierarquizando-os segundo estejam mais afastados ou mais - próximos dos indivíduos das classes superiores, os quais materializam a única normalidade possível de verificação, para o - estado nutricional.

Assim, em uma reportagem do jornal "Diário de São Paulo", - aos 22 de junho de 1975, o Professor NELSON CHAVES, afirmava - o seguinte: " a desnutrição, a longo prazo, poderá produzir - uma nova forma humana, o sub-homem, uma raça inferiorizada que resiste a própria fome, e que seria uma espécie intermediária - entre o homem e o macaco". Na mesma reportagem, aparecem duas - fotos de crianças negras, possivelmente de origem africana, - extremamente desnutridas cujas legendas referem para uma que - ... " Poderá resistir à própria fome "... e para a outra que - " será um sub-homem, a nova raça inferior ".

Entretanto, parece estar surgindo uma nova forma do conhecimento científico interpretar o problema da normalidade nutricional. " Se o homem pode se adaptar com êxito, a diferentes - padrões e níveis de ingestão alimentar, será inteiramente ar - bitrário selecionar como "normais" as características de um de - terminado grupo, ou supor que os padrões de uma determinada - sociedade são de algum modo universais" (WATERLOW & ALLEYNE, - 1971).

Com este novo conceito de adaptação, retomamos CANGUILHEM, para o qual " O ser vivo e o meio ambiente não são normais tomados separadamente mas é sua relação que assim os faz, tanto a um como ao outro. O meio ambiente é normal para uma dada forma vivente, à medida que lhe permite tal fecundidade e correlativamente tal variedade de formas que, chegado ao caso de modificações do meio ambiente, possa a vida achar em uma destas formas a solução do problema de adaptação que se encontra brutalmente compelida a resolver".

Finalmente, devemos concordar com CANGUILHEM na questão conceitual de que uma média selecionada como padrão ideal ou como padrão real, materializaria o objetivo de normalidade, pensando como ele, que o que se torna necessário é considerá-los como dois conceitos diferentes, "cuja redução à unidade, pela anulação da originalidade do primeiro (do normal) é inútil tentar. Parece-nos que a fisiologia tem algo melhor que fazer que tratar de definir objetivamente o normal: reconhecer a original normatividade da vida. O verdadeiro papel da fisiologia, suficientemente importante e difícil, consistiria então em determinar exatamente o conteúdo das normas nas quais a vida conseguiu estabilizar-se, sem pré-julgar sobre a possibilidade ou impossibilidade de uma eventual correção dessas normas"

Como determinar então, o conteúdo exato das normas nas quais a vida conseguiu estabilizar-se?

Novamente CANGUILHEM nos orienta, ao expôr que " Se existem normas biológicas é porque a vida, ao não ser submissão ao meio ambiente, senão instituição de seu próprio meio ambiente, por isso mesmo põe valores não somente no meio ambiente mas também no próprio organismo".

Pretender chegar a esse conteúdo, é, então, uma intenção que requer o pleno conhecimento e a compreensão das razões determinantes do processo de agressão, no qual a desnutrição aparece como um dos seus resultados, e são capazes de gerar os diferentes "modos de andar a vida".

C A P Í T U L O - V I I I -

CAPÍTULO VIII

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

A necessidade sentida de uma maior reflexão teórica sobre a prática médica desenvolvida na realidade sobre a qual se situava, levou à busca pelo conhecimento das razões determinantes das características observadas na Região de Campinas e no Município de Paulínia. As considerações feitas sobre o modelo econômico e político brasileiro, permitiram caracterizá-lo como gerador dos processos sociais, que são particularmente evidentes na região selecionada para receber as ações do Programa de Saúde da Comunidade.

Assim sendo, de um lado, os processos sociais caracterizados na área de atuação do programa, foram as seguintes:-

1. Transformação na base produtiva da região como um todo, e de modo particularmente rápido no município de Paulínia, que de essencialmente situado sobre o setor primário, passou a ter na indústria, o seu principal componente.
2. Distribuição de renda assimétrica, visualizada pelo contraste entre acumulação e pobreza: Paulínia, considerado como um dos municípios de maior arrecadação "per capita" do interior do país, recebe um contingente de população enorme que se coloca como ofertante no mercado de trabalho.
3. O intenso fluxo migratório existente na Região de Campinas e no Município de Paulínia, é consequência principalmente das modificações ocorridas no sistema de exploração da força de trabalho na economia rural.

Do outro lado, da necessidade de aumentar a produção, porque "as relações de distribuição estão articuladas "para a frente" com as possibilidades de reprodução e acumulação do sistema capitalista" (BELLUZZO, 1976), surgem os incentivos sociais, entre os quais, aqueles dirigidos ao setor saúde, têm um sentido prioritário, de uma vez que, tem sob seus cuidados, a parte humana da produção.

As consequências apontadas foram as seguintes:

1. A industrialização acelerada na Região e no Município, acarreta a urbanização desordenada, com condições infra-estruturais precárias, principalmente no que se refere a-

- saneamento básico.
2. A atração representada pelo mercado de trabalho no município, para muitos representou apenas uma experiência frustrada, - traduzida no retorno para o local de procedência e, para a - maioria, significou apenas o estabelecimento de vínculos empregatícios precários.
  3. A incorporação crescente da mulher e do menor, como força de trabalho no desempenho de tarefas pesadas e mal remuneradas, surge da necessidade de que todos os elementos possíveis - dentro de uma família, participem da luta pela sobrevivência da mesma.
  4. A participação da mulher pela "porta dos fundos" do processo de produção, enfraquece do ponto de vista social o conceito de binômio mãe-filho, que implica em certa disponibilidade - da mulher, para seguir as regras de criação ditadas pela - puericultura.
  5. Sobre a saúde da população e particularmente do componente - infantil da mesma, estes processos tem determinado um agravamento progressivo, que se reflete nos padrões de mortalidade infantil, próprios de áreas sub-desenvolvidas.
  6. O Setor Saúde, considerando-se a crítica a ele dirigida, tradicionalmente centraliza-se no "complexo de efeitos", e perpetua a população necessitada de seus serviços, mantendo-se inoperante frente à baixa produtividade, conseqüente a doença e a desnutrição. Em contrapartida ao tradicional, os investimentos sociais incentivam a criação de modelos alternativos, entre os quais se incluiu o Programa de Saúde da - Comunidade; neste, o Serviço de Puericultura foi considerado como um poderoso instrumento, posto que dirigido a minimizar os efeitos causados pela desnutrição e pela doença durante a etapa de crescimento e desenvolvimento e, que são particularmente negativos nesta fase da vida, em função do caráter de irreversibilidade de muitas das suas conseqüências.

A originalidade da proposta alternativa, consistia no seguinte: a prestação de serviços, ao conter um compromisso social em relação aos interesses e necessidades da comunidade, deveria ser objeto de estudo para a sua configuração, como modelo-reproduzível; Do ponto de vista operacional, para reverter o quadro das inversões em medicina (preventiva e curativa), a simplificação da técnica e o treinamento contínuo, permitiriam o seu domínio pelo pessoal paramédico, que deste modo, passaria a ter um papel ativo no desempenho das tarefas a ele dele-

gadas; com relação ao trabalho de equipe multiprofissional, o mesmo deveria contribuir efetivamente para o conhecimento e a compreensão das razões determinantes do tipo de relação existente entre equipe de saúde e população e, deste modo, orientaria a utilização das técnicas e dos conhecimentos teóricos perante a população, segundo os princípios definidos pelo programa.

Ao cabo de 17 meses de funcionamento do modelo alternativo proposto, podemos responder a indagação que objetivou este trabalho, concluindo em primeiro lugar que a própria indagação traduz a necessidade de satisfazer ao compromisso social do modelo, ao colocar a prestação de serviço como objeto de estudo. Isto exige o dimensionamento das suas possibilidades e limitações e, deste modo, avalia a sua perspectiva de reprodutibilidade.

Embora sendo frequentes, as recomendações concernentes às investigações inter disciplinares dirigidas ao estudo das influências dos fatores econômicos e sociais sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde pública, verificamos que isto é raramente feito; nos estudos existentes, o social e o econômico, apresentam-se como meras descrições acadêmicas, onde a realidade é apresentada de forma parcializada e preconceituosa. Assim sendo, identificam-se ao longo da história, a presença constante do ritual de recomendações referentes às práticas ditosociais da medicina, aos estudos dos problemas de saúde da comunidade e, ao conhecimento das necessidades essenciais do homem e dos riscos que o ameaçam ao longo da sua existência.

Deste modo, entendemos que, a passagem de um trabalho unidimensional para um verdadeiramente tridimensional que englobe os componentes bio-psico-sociais, deve iniciar-se pela identificação das lacunas que a literatura médica, deixa geralmente transparecer na análise parcial que faz da realidade.

A confluência dos conhecimentos teóricos, dos métodos e das técnicas de medicina e das ciências sociais, torna possível dimensionar as possibilidades e as limitações da prática médica desenvolvida, desde que não se afaste da realidade objetiva e sentida pelos seres humanos concretos.

O enfoque interdisciplinar permitiu fundamentalmente reconhecer em que medida, os processos sociais participam na determinação para os sujeitos concretos, que constituem a população que usufruiu do serviço, do seu "modo de andar a vida", ao qual corresponde uma visão do mundo própria e específica e revelou -

como a puericultura com suas regras de comportamento, não passa de um projeto de domesticação na forma tradicional com que é apregoada e, por isto mesmo... "um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações (AROUCA, 1975)

Assim, configuraram-se as razões estruturais como as determinantes dos diferentes "modos de andar a vida", isto é, razões dadas pelo tipo de sociedade onde se situam os indivíduos, fruto da atividade humana coletiva e por isso mesmo, razões normativas.

Podemos concluir que, as possibilidades de atuação existem, principalmente no que se refere a dinamização das relações de comunicação entre o conhecimento médico e o conhecimento popular. Os resultados apresentados de captação, que foi cada mês mais precoce, o atendimento que foi na maioria das vezes contínuo, com um número de comparecimentos por criança superior ao previsto, revelaram que o tempo de convivência entre equipe de saúde e população foi longo o suficiente para a transmissão de uma série de conhecimentos mútuos, importantes para um melhor enfrentamento da situação da doença e, para uma postura mais crítica diante do próprio setor saúde, também da parte de ambas: equipe e população que a ela recorreu.

A recolocação da puericultura diante da visão de mundo dos seres humanos concretos a que se dirige, permiti não apenas alcançar-se como, ultrapassar as metas de cobertura e concentração fixadas, de uma vez que, possibilitou o encontro de interesses entre os benefícios oferecidos pelo serviço e as reais necessidades da população.

A incorporação destes conhecimentos, pelo pessoal paramédico, paralelamente ao treinamento técnico, tornou o atendimento por ele efetuado, altamente dinâmico, contribuindo com 50% ou mais, do total das atividades desenvolvidas.

Um serviço de puericultura, desta forma estruturado, torna-se um valioso instrumento no combate as formas severas de desnutrição, particularmente nos 6 primeiros meses de idade, onde muitas vezes, o que está em jogo é a sobrevivência imediata e para a qual, o leite é essencial.

Entretanto, as frequências de desnutrição leve e moderada, obtidas para a população infantil, a elevada morbidade verificada, e os óbitos de crianças matriculadas ocorridos durante os 17 meses de funcionamento do Serviço de Puericultura, que significaram 17 meses de atenção precoce, contínua e periódica,

traduzem a vitória do "modo de andar a vida", e portanto, da norma instituída por uma sociedade contraditória.

Contraditória, porque cria este tipo de problema e coloca-nos investimentos sociais, como os representado pelo Serviço - de Puericultura, as alternativas para a sua solução, cuja atuação é entretanto fatalmente limitada e capaz, tão somente, de aumentar brevemente a "margem de tolerância com respeito às - infidelidades do meio ambiente."

B I B L I O G R A F I A

1. AROUCA, A.S. Introdução à crítica do Setor Saúde.  
NEMISIS, 1:17-24, 1975
2. \_\_\_\_\_ O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Comunicação pessoal, 1975.
3. ASHCROFT, M.T.; BELL, R.; NICHOLSON, C.C. Anthropometric measurements of gyanese schoolchildren of african and east indian racial origins.  
Trop. Geogr. Med., 20:159-171, 1968.
4. BELLUZZO, L.G.M. Distribuição de renda: uma visão da controvérsia. In: TOLIPAN, R. & TINELLI, A.C. A controvérsia sobre distribuição de renda e desenvolvimento. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. p.16.
5. BOLTANSKI, L. Prime éducation et morale de classe. Paris, École pratique des hautes études, cahiers-du centre de sociologie européenne, 1969. - 152 p.
6. CAMERON, M. & HOFVANDER, Y. Manual on feeding infants - and young children. Protein Advisory Group of the United Nations System, 1971. p. 120.
7. CANGUILHEM, G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, - Siglo XXI, 1971. 242 p.
8. CARDOSO, F.H. O modelo político brasileiro e outros ensaios. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972. 211 p.
9. CRAVIOTO, J.; BIRCH, H.G.; DELICARDIE, E.R.; ROSALES, L. The ecology of infant weight gain in a pre industrial society. Acta Paediatr. Scand. 56:71-84, 1967
10. \_\_\_\_\_ & DELICARDIE, E.R. Ecology of malnutrition- Environmental variables associated with clinical severe malnutrition. Mod. Probl. Paediat., 14:157-166, 1975.

11. CHAVES, M.M. Sistema de Saúde-Subsistema de Saúde Materno-Infantil. Seminário Regional de Saúde - Materno-Infantil. Ministério da Saúde. Brasília, 1974. (mimeografado)
12. CUADRA, A.M.V. Nível de vida e enfermidade. Lima /s.ed./ 1972 /s.p./
13. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP. Plano de ensino de ciências da saúde em uma rede de serviços. Campinas, 1972. (mimeografado)
14. DUARTE, J.C. Aspectos da distribuição da renda no Brasil em 1970. Piracicaba, 1971. /Tese-ESALQ-USP/
15. DUTILH, H.M. Pediatria preventiva e prática social. Relatório nº2, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, comunicação pessoal, 1975.
16. DUGDALE, A.E.; CHEN, S.T.; HEWITT, G. Patterns of growth and nutrition in childhood. Am.J.Clin.Nutr., 23:1280-1287, 1970.
17. FALKNER, F. Office measurements of physical growth. Pediatr.Clin.North Am., 8:13-18, 1961.
18. \_\_\_\_\_ Physical growth of the child. Les carnets de l' enfance, 15:14-22, 1971.
19. FOMON, S.; ZIEGLER, E.E.; O'DONNELL, A.M. Infant feeding in health and disease. In: \_\_\_\_\_, Infant-Nutrition. Philadelphia, Saunders, 1974. p. 472-519.
20. \_\_\_\_\_ Normal growth, failure to thrive and obesity. In: \_\_\_\_\_ Infant Nutrition. Philadelphia, Saunders, 1974. p.34-94.
21. FRANCO, L.V. Consecuencias de la desnutrición en la infancia. Bol.Med. Hosp.Infant.Mex., 30:627-638, 1973.

22. GAETE, J. & CASTAÑON, R. El desarrollo de las instituciones de atención media en Chile durante este siglo. / s.l.p.; s.ed.; s.d./
23. GARCIA, J.C. Las ciencias sociales en medicina. In: Congreso Internacional de Sociología, 239, Venezuela, 1972.
24. GARN, S.M. Anthropometry in clinical appraisal of nutritional status. Am.J.Clin.Nutr., 11:418-432, 1962.
25. GÓMEZ, F.; GALVAN, R.; FRENK, S.; CRAVIOTO, J.; CHÁVEZ, R.; VÁSQUEZ, J. Mortality in second and third degree malnutrition. J.Trop.Pediatr., 2:77-82, 1956.
26. GRAFFAR, M. L'influence des facteurs sociaux sur la croissance et le développement de l'enfant. Les carnets de l'enfance, 15:23-35, 1971.
27. GREULICH, W.W. Growth of children of the same race under different environmental conditions. Science, 127:515-516, 1958.
28. GURNEY, J.M. & OMOLULU, A. A nutritional survey in southwestern Nigeria: the anthropometric and clinical findings. Env. Child.Health, 17:50-61, 1971.
29. \_\_\_\_\_ ; FOX, H.; NEILL, J. A rapid survey to assess the nutrition of jamaican infants and young children in 1970. Trans.R.Soc.Trop.Med.Hyg., 66:653-662, 1972.
30. GUSHIKEM, M.T. Relatório do levantamento de dados relacionados ao setor econômico primário de Paulínia. Coordenadoria de Promoção da Saúde, 1974. (mimeografado)
31. HOFFMANN, R. apud YUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. Rev.Saúde Pública, 8 (supl.):3-48, 1974.

32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Recenseamento Geral de 1970.
33. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Como pesar y medir a los niños. Bogotá, 1970.
34. JELLIFFE, D.B. The assessment of the nutritional status of the community. WHO Monogr. Ser., n°53, 1966.
35. \_\_\_\_\_ & JELLIFFE, E.F.P. Le caractere unique du lait humain. Am. J.Clin.Nutr., 24:1013-1024, 1971.
36. \_\_\_\_\_ Nutrición Infantil en países en desarrollo. Mexico, Limusa, 1974. p.263.
37. KANAWATTI, A.A.; MCLAREN, D.S.; ABU-JAWDEH, I. Failure to thrive in Lebanon I. Experience with some simple somatic measurements. Acta Paediat.Scand., 60:309-316, 1971.
38. KARLBERG, P.; ENGSTROM, I.; LICHTENSTEIN, H.; SVENNBERG, I. The development of children in a swedish urban community. A prospective longitudinal study. III Physical growth during the first three years of life. Acta Paediat. Scand 48(suppl.187):48-66, 1968.
39. LEOVICI, S. & DAVID, M. L' influence du milieu sur le développement du jeune enfant. Les carnets de l'enfance, 15:46-57, 1971.
40. LEITE, M.L.M. Documentos e Arquivos (Reflexões em torno de documentos referentes à Saúde Pública). Ciência e Cultura, 28:287-297, 1976.
41. LESER, W. Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil no município de São Paulo de 1950 a 1970. Prob.Bras., 10:17-30, 1972.

42. MARCONDES, E.; BERQUÓ, E.S.; YUNES, J.; LUONGO, J.; MARTINS, J.S.; ZACCHI, M.A.S.; LEVI, M.S.F.; HEGG, R. Estudo antropométrico de crianças brasileiras de zero a doze anos de idade. Anais Nestlé, nº84, 1970.
43. \_\_\_\_\_ Desidratação e desnutrição em pediatria. São Paulo, Sarvier, 1971. 222 p.
44. MARQUES, R.M.; BERQUÓ, E.S.; YUNES, J.; MARCONDES, E. Crescimento de crianças brasileiras. Peso e altura segundo idade e sexo. Influência de fatores sócio-econômicos. Tabelas. Anais Nestlé, nº84 (supl.), 1974.
45. MARTINEZ-ALIER, V. As mulheres do caminhão de turma. Debate e Crítica, 5:59-85, 1975.
46. MELLO, M.C.D. O "bóia-fria": acumulação e miséria. Petrópolis, Vozes, 1975. 154 p.
47. MENDES, E.V. Elaboração de programas de saúde. Belo Horizonte, 1974. (mimeografado).
48. MERCER, J.R. Who is normal? Two perspectives on mild mental retardation. In: Jaco, E.G., ed. Patients, Physicians and Illness. 2a. ed. New York, Free Press/c1972/ p.66-85.
49. MORA, J.O.; PARDO, F.; LUNA-JASPE, H. Metodos simplificados para la evaluacion del crecimiento y del estado nutricional en niños menores de seis años. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1969. (mimeografado).
50. MUSSO, A. & MUSSO, L.K. O crescimento da criança no primeiro ano de vida no estado da Guanabara. Bol. Inst. Puericult. Un. Brasil, 21:161-180, 1964.
51. NELSON, W.E. Tratado de Pediatria. Barcelona, Salvat, 1965. t.I p.54-62.

52. OWEN, G.M. The assessment and recording of measurements of growth of children:report of a small conference. Pediatrics,51:461-465, 1973.
53. PINOTTI, J.A.; AROUCA, A.S.; AROUCA, A.T. Facultades de medicina tradicionales e innovadas:tentativa - de análisis tipológico. Educación Médica y - Salud, 8:106-120, 1974.
54. POLACK, J.C. apud GARCIA, J.C. Las ciencias sociales en medicina. In: Congreso Internacional de Sociología, 23º, Venezuela, 1972.
55. PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULINIA. Plano Urbanístico e de Desenvolvimento. 1970.
56. QUEIROZ, M.I.P. Classes sociais no Brasil:1950-1960. Ciência e Cultura, 27:735-756, 1975
57. REUNIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE MEDICINA COMUNITARIO. Aspectos teóricos de la medicina comunitaria. Rio de Janeiro, 1974, informe preliminar. Educación Médica y Salud,9:5-10, 1975.
58. ROCHA, J. Partial data of a survey on nutritional status in children under five years of age. In:Pediatrics in Latin America.Report of a - Macy Conference. Santiago, 1969. p.56-61
59. RUEDA-WILLIAMSON, R.; HYG, S.M.; LUNA-JASPE, H.; MACÍAS, J.A.; TÉLLEZ, F.P.; PARRA, J.O.M. Estudio seccional de crecimiento,desrrollo y nutrición en 12.138 niños de Bogota,Colombia. I.Tablas de Peso y Talla en niños colombianos. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1969. (mimeografado)
60. SCHOR, N.; GIRON, S.G.; SIQUEIRA, APA.F.; CIARI, C.; ALMEIDA, P.A.M.; ALVARENGA, A.T.; FALCÃO, M.L.D. Diagnóstico da situação de assistência pré-natal em um-divisão regional de saúde do estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública,9:351-362, 1975.

61. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Diagnóstico da Região Administrativa de Campinas. São Paulo, 1972.
62. SÉNÉCAL, J. Les besoins nutritionnels de l'enfant au cours des premières années. Les carnets de l'enfance, 15:58-71, 1971
63. SEDANE, N. & LATHAM, M.C. Nutritional anthropometry in the identification of malnutrition in childhood. Env.Child. Health,17:98-104, 1971.
64. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, & XI DISTRITO DA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Reunião do Grupo de trabalho para - estudo da Desnutrição. 1974 (mimeografado)
65. ULLOA, A.G. Alimentação de crianças menores de 1 ano de idade pertencentes a dois grupos sócio-econômicos diferentes, atendidas por um centro de saúde da capital do estado de São Paulo. São Paulo, s.d. (Tese-Faculdade de Saúde Pública . USP).
66. VIACAVAL, F. Antropometria de escolares de 7-8 anos de idade de diferentes níveis sócio-econômicos. Ribeirão Preto, 1974. (Tese-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP)
67. WATERLOW, J.C. and ALLEYNE, G.A.O. Má Nutrição protéica em crianças: evolução dos conhecimentos nos últimos dez anos. "Trad.J.V.Martins Campos, Manoel J.Teixeira e Mazaly Gemio" 1974. 120 p. / Título do original: Protein malnutrition - in Children : Advances in Knowledge in the - last ten years. Publicado em: Advances in - protein Chemistry, vol.25,<sup>c</sup> 1971/
68. \_\_\_\_\_ Classification and definition of protein-calorie malnutrition. Br.Med.J.,3:566-569, 1972.
69. ZALTMAN, G.; PAREDES, J.A.; CARRILLO, G. Alimentacion - infantil, educacion e informacion publica en Costa Rica. Bol. Of. San, Panamer.,74:242-248, 1973.

A N E X O S

ANEXO 1.

RELAÇÃO DOS ÓBITOS OCORRIDOS E PROCEDENTES DO MUNICÍPIO  
DE PAULÍNIA - (Fonte: MDS/DRS-5 e ARQUIVOS DO CENTRO -  
DE SAÚDE DE PAULÍNIA).

ANO DE 1974-

Janeiro/	-			
Fevereiro/	Natimorto	7m i/u	hospitalar	Anoxia intra útero
	A.M.B.C.	2 dias	hospitalar	Membrana hialina
Março/	R.D.A.S.	13 m.	P.S.	Pneumonia/choque toxêmico.
	S.M.	6 m.	hospitalar	Gastroenterite
	Natimorto	8m i/u	hospitalar	Causa materna não especificada
Abril/	J.F.S.	49 dias	domiciliar	S/assistência médica
	R.T.M.	5 m.	hospitalar	Broncopneumonia
	I.F.P.	3 m.	hospitalar	Meningoencefalite
	J.C.	13 horas	hospitalar	Prematuridade/ gemelar
	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Anoxia intra útero
Maio/	A.O.	3 dias	domiciliar	Broncopneumonia
	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Causa materna não especificada
Junho/	*V.M.	2m.	hospitalar	Broncopneumonia
	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Deslocamento prematureo placenta.
	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Deslocamento prematureo placenta.
Julho/	-			
Agosto/	V.N.S.	12 dias	hospitalar	Prematuridade
	Natimorto	7m i/u	hospitalar	Causa materna não especificada.
	Natimorto	8m i/u	hospitalar	Anoxia intra-uterina.
Setembro/	-	-	-	-

Outubro/	P.L.B.	3m.	hospitalar	Broncopneumonia
	*K.R.G.	17 dias	hospitalar	Desidratação/Gastroenterite
	D.L.A.O.	5m	domiciliar	Gastroenterite aguda, Distrófico
	*M.C.S.	7m	hospitalar	Desidratação/Dispepsia.
	*M.A.M.	1m	hospitalar	Desidratação/Dispepsia.
	M.O.B.N.	1 dia	hospitalar	Anoxia neonatal
	Natimorto	8m i/u	hospitalar	Causa materna não especificada
	Natimorto	6m i/u	hospitalar	Causa materna não especificada
Novembro/	I.A.S.	12m	hospitalar	Pneumonia aguda
	*V.C.B.	30 dias	hospitalar	Desidratação/Gastroenterite
	V.J.T.	15 mts	hospitalar	Anoxia neonatal
	O.A.O.	3 dias	hospitalar	Anoxia neonatal
Dezembro/	R.F.B.	29 dias	P.S.	Edema agudo pulmão Insuficiência cardíaca-Mã formação congênita.
	*V.L.F.	1 ano	hospitalar	Desidratação/Dispepsia.
	E.C.C.	1 mes	hospitalar	Peritonite aguda

\* Crianças matriculadas no Serviço de Puericultura.

ANO DE 1975 -

Janeiro/	*A.A.L.	45 dias	domiciliar	Gastroenterite aguda/Distrofia
				(compareceu 1 única vez, aos 25 dias, para controle. Portanto o óbito ocorreu 20 dias após o primeiro e único comparecimento).
Fevereiro/	*D.J.	90 dias	hospitalar	Desidratação/dis- pepsia.
				(matriculada no Serviço em Nov/74, com 1 mês de idade, permaneceu matriculada por 2 meses. Aos 2 meses pesava 2.490 Kg. e media 49cm; com 2 meses e 9 dias pesava 2.390kg; com 2 meses e 16 dias pesava 2.230. Recebeu 11 latas de 454grs. do leite-semidesnatado no intervalo em que permaneceu matriculada. Apresentava quadro de infecção intestinal, com agravamento progressivo do estado nutricional. Houve enorme resistência à internação, face à experiência de hospitalização anterior, negativa e conflitante, vivenciada com relação a outra criança da família. Por esta razão, a internação foi tardia. Os dados antropométricos justificaram neste caso, a avaliação de <u>alto risco</u> ).
		Natimorto-9m	i/u hospitalar	Anoxia intra-útero
Março/	*M.H.G.	1 m.	hospitalar	Pneumonia bilateral
				(o falecimento ocorreu 3 dias após o último e - -único comparecimento verificado aos 27 dias - de idade. Trata-se de gemelar o que configurou a categoria de <u>alto risco</u> ).
		Natimorto	8m i/u hospitalar	Anoxia intra-útero
		R.F.T.	12 dias-hospitalar	Anoxia neonatal
Abril/	S.P.S.	30 dias-	domiciliar	Gastroenterite - aguda-
	S.A.B.	2 anos	hospitalar	Meningite bacte- riana.
		Natimorto	8m i/u hospitalar	Desc.Prem.Placenta
	*E.C.M.	3 m.	hospitalar	Desidratação/ Gastroenterite
				(matriculada com 20 dias, permaneceu 2 meses no - Serviço; com 1 mês e 19 dias, pesava 2.910kg. e me- dia 50cm. (D2); portanto, tratava-se de caso de - <u>médio risco</u> ).

Abril/	R.C.M.	2 anos	hospitalar	PNEUMONIA
	L.L.	5 m.	hospitalar	Broncopneumonia
	J.D.S.C.	6 m.	hospitalar	Desidratação/ Toxicose
Maio/	*A.I.V.	1 ano	hospitalar	Meningite bacteriana  (segundo o MDS/DRS-5, falecido com 1 ano, porém, - comparando-se a data do nascimento com a data do- ôbito, realmente, teria falecido aos 18 meses. Ma- triculado com 14 dias ainda no antigo lactário do CS, onde permaneceu matriculado durante 5 meses. Trata-se de caso de evasão, verificado no início- do funcionamento do Serviço, no mês de maio 1974)
	Natimorto	8m i/u	hospitalar	Anoxia intra-útero
	M.A.	34 dias	hospitalar	Hidrocefalia
Junho/	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Insuf.placentária
Julho/	Natimorto	7m i/u	domiciliar	PREMATURIDADE
	S.A.P.	3 dias	hospitalar	Incompatibilidade Rh
Agosto/	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Anoxia intra-útero
	R.G.B.	2 anos	hospitalar	Contusão e fratura coluna cervical
	*N.C.S.	4 m.	hospitalar	Desidratação/Gastro enterite.
				(matriculada com 1 mês, permaneceu em seguimento - durante 1 mês).
	*A.M.S.	5 m.	hospitalar	Broncopneumonia  (matriculado com 1 mês, permaneceu matriculado por - 2 meses; aleitamento misto. Com 1 mês e 2 dias, pe- sava 3.950 kg. e media 54cm, tendo sido matriculado no lactário <u>baixo risco</u> )
Setembro/	A.C.O.	5 m.	hospitalar	Sarampo
Outubro/	*E.C.A.	7 m.	hospitalar	Meningite bacteriana  (matriculada aos 4 meses, permaneceu em seguimento - durante 2 meses)
	*C.S.	2 m.	hospitalar	Gastroenterocolite.

---

Novembro/	*A.L.M.S.	35 dias	hospitalar	Gastroenterite/ Desnutrição
				(trata-se de prematuro, com evolução ponderal - irregular e infecção urinária; caso de <u>alto risco</u> ).
	Natimorto	9m i/u	hospitalar	Anoxia intra-útero
	*E.O.F.	2 m.	hospitalar	Bronquiolite aguda
				(matriculada com 17 dias; amamentação materna exclusiva, com bom ganho ponderal. Vinha sendo acompanhada por outros serviços especializados de endocrinologia, cardiologia, genética médica, com impressão diagnóstica de síndrome de Down e cardiopatia congênita. Caso de <u>alto risco</u> ).
	*M.R.M.	10 m.	hospitalar	Desidratação/ Toxicose.
				(matriculado com 3 meses; permaneceu em seguimento - até os 5 meses. Aos 3 meses, pesava 5.720kg. e media 59cm.) <u>Baixo risco</u> .

---

Dezembro/ -

---

Casos notificados no Centro de Saúde que não constam do MDS/  
(Sub-Registro) 1975.

---

- \*M.J.G. Óbito notificado em abril/75. Teria 2 meses. Matriculado com 27 dias, sendo que 40 dias antes do óbito, ocorreu o primeiro e único controle. Trata-se de gemelar. Com 27 dias, pesava 2.950kg e media 52cm. Caso de alto risco.  
Causa? Local?
- \*S.A.A. Óbito notificado em outubro/75. Teria 5 meses. Matriculada com 2 meses; permaneceu em seguimento durante 2 meses.  
Causa? Local?
- \*A.C.S.P. Óbito notificado em setembro/75. Teria 6 meses. Matriculada com 1 mês; permaneceu em seguimento durante 3 meses.  
Causa? Local?
- \*A.M. Óbito notificado em novembro/75. Teria 11 meses. Matriculado com 23 dias; recebeu leite em pó e não houve retorno. Caso de evasão. Causa? Local?
- 

\* Crianças matriculadas no Serviço de Puericultura.

